

UNIVERSITE D'ALGER
FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1971 N°

ASPECTS ACTUELS
DE LA
SYPHILIS CONGENITALE PRECOCE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1971
PAR

ZEMIRLINE ALI

NÉ LE 2 FÉVRIER 1940 A MÉDÉA



MEMBRES DU JURY :

MM. B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	(Président)
M. ABOULOLA	Maître de Conférences Agrégé	(Chirurgie Infantile)
B. AIT-OUYAHIA	Maître de Conférences Agrégé	(Gynécologie et d'Obstétrique)
M. ISMAIL-DAHLOUK	Maître de Conférences Agrégé	(Dermatologie)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554820_0016

UNIVERSITE D'ALGER

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1971 N°

ASPECTS ACTUELS
DE LA
SYPHILIS CONGENITALE PRECOCE

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

PAR

ZEMIRLINE ALI

NÉ LE 2 FÉVRIER 1940 A MÉDÉA



MEMBRES DU JURY :

MM. B. KHATI	Professeur de Pédiatrie et de Puériculture	(Président)
M. ABOULOLA	Maître de Conférences Agrégé	(Chirurgie Infantile)
B. AIT-OUYAHIA	Maître de Conférences Agrégé	(Gynécologie et d'Obstetrique)
M. ISMAIL-DAHLOUK	Maître de Conférences Agrégé	(Dermatologie)

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____ 职业: _____ 住址: _____
 联系电话: _____ 电子邮箱: _____ 身份证号: _____
 本人声明: 以上信息真实有效, 如有变更, 请及时通知。

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

— Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

- A mon Père,

- A ma Mère ,

En guise d'affection et de reconnaissance pour les énormes sacrifices qu'ils m'ont consentis, et pour leur dévouement exemplaire

- A ma Femme ,

- A mes frères et sœurs,
- A toute ma famille ,
- A tous mes amis ,

En témoignage de gratitude pour
l'aide et les encouragements qu'ils
m'ont prodigués pendant mes études.

A notre Maître et Président de
Jury, Monsieur le Professeur KHATI B.

En témoignage de notre gratitude pour la bienveillance que vous nous avez manifestée durant notre séjour dans votre service et pour l'enseignement éclairé que vous nous avez prodigué.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider notre Thèse.

Nous vous prions de bien vouloir agréer l'hommage de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur ABOULOLA M.

A Monsieur le Professeur AIT-OUYAHIA B.

A Monsieur le Professeur ISMAIL DAHLOUK M.

Nous avons toujours trouvé
chez vous un accueil plein de bonté et
une probité scientifique sans défaut.

En témoignage de reconnaissance
pour l'intérêt que vous avez bien voulu
porter à notre travail.

Nous vous remercions pour
l'honneur que vous nous faites en accep-
tant de juger notre travail.

A mes Maîtres de la Faculté
de Médecine et des Hôpitaux
d'Alger

A mes Maîtres de l'enseignement
Primaire et secondaire

Nous adressons nos vifs
remerciements à toutes les personnes
qui nous ont aidés dans la réalisation
de cette Thèse

- I N T R O D U C T I O N -

-:-:-:-:-:-:-

La syphilis primo-secondaire de l'adulte accuse depuis quelques années, dans notre pays et à l'Etranger, une recrudescence notable (27-31). On peut considérer qu'en Algérie, au cours des dix années allant de 1950 à 1960, la morbidité syphilitique a diminué dans de fortes proportions . Durant les sept années suivantes, cette situation s'est maintenue. Mais à partir de 1968, on assiste à une flambée de la syphilis à travers le pays. En effet, le nombre de cas observés au service de Dermato-syphiligraphie du Centre Hospitalier Universitaire d'Alger, pendant l'année 1968, a triplé par rapport à celui de l'année précédente, et ce nombre n'a cessé d'augmenter durant les années 1969 et 1970 (27).

Cette recrudescence de l'affection vénérienne s'accompagne de la réapparition de la syphilis congénitale. De nombreux auteurs soulignent dans leurs publications le regain d'actualité de la syphilis congénitale (1-4-22-26). Il semble donc intéressant, dans un premier chapitre, d'attirer l'attention sur le retour d'une affection un peu oubliée, en décrivant les manifestations cliniques de la maladie, en discutant l'intérêt des différentes réactions sérologiques et en apportant les précisions thérapeutiques récentes.

Dans un second chapitre, nous envisagerons, d'après les cas observés à Alger, les aspects actuels de la syphilis congénitale précoce. A la fin de cette étude, nous tenterons de définir les bases d'une prophylaxie efficace, contre le fléau syphilitique.

- H I S T O R I Q U E -

I. CONCEPTIONS CLASSIQUES/

La syphilis congénitale a ~~connue~~ une révolution dans les conceptions pédiatriques; un rappel des étapes dans l'histoire de l'affection ne fera que bien montrer cette révolution.

Décrite à la fin du XVe siècle, la érole a presque immédiatement été connue comme une maladie transmissible à l'enfant nouveau-né. Paracelse, en 1529, avait signalé la contagion maternelle, FALLOPE avait fait une bone description de l'enfant macéré, au faciès jaunâtre et violet; RAULIN, en 1768, se montrait un précurseur des hygiénistes modernes en conseillant l'examen des parents avant la conception.

Au XIXe siècle, les descriptions cliniques se précisent après FOURNIER, HUTCHINSON, PARROT.

Mais de grands cliniciens comme MARFAN et HUTINEL se laissent abuser par les pseudo-"stigmates d'hérédosyphilis" jusqu'à ranger dans cette catégorie 25 à 30 % des enfants hospitalisés.

Quelques données cliniques de l'époque nous renseigneront sur cette fréquence relativement élevée.



On tenait pour syphilitiques toutes les femmes ayant des avortements spontanés ou accouchant d'enfants mœcérés . Outre les lésions syphilitiques patentes, on attribuait à la vérole les hémorragies méningées néonatales, les convulsions, les vomissements habituels, toutes les malformations cardiaques ou squelettiques, les hémiplegies cérébrales infantiles, toutes les dystrophies dentaires ou cutanées, tous les troubles endocriniens, si vagues soient-ils.

Ainsi triomphait le schéma de FOURNIER distinguant trois ordres de faits :(46).

1°) Les lésions syphilitiques proprement dites, dont l'étiologie reste incontestable.

2°) Les syphilis dystrophiantes

3°) Le terrain hérédo-syphilitique ou les syphilis larvées dans lequel on rangeait toutes les altérations du métabolisme général, toutes les viciations de l'équilibre humoral ou endocrinien.

II. CONCEPTIONS MODERNES/

En opposition avec cette extension démesurée de la syphilis, les pourcentages signalés au Angloterre, en Allemagne, au Etats-Unis, indiquaient une beaucoup plus grande rareté de cas. La réaction amorcée en France en 1945, par MM. DEBRE et LAMY, a été sanctionnée en 1950 au congrès

de Zurich, par une condamnation de la majeure partie des anciens critères de la Syphilis du premier âge.

Nous exposerons tout d'abord les notions concernant le mode de transmission de la syphilis, ensuite les conséquences qui en découlent.

1. MODE DE TRANSMISSION

Pédiatres et syphiligraphes ont été presque unanimes pour dire que la transmission de la syphilis se fait pendant la grossesse au travers du placenta. Il est exceptionnel qu'elle se fasse au moment de l'accouchement, soit par hémorragie placentaire, soit par des lésions des voies génitales externes, lors du passage du fœtus. Cette transmission pendant la gestation, ne peut cependant se produire avant le 5ème mois.

Avant le 5ème mois, la membrane cellulaire des villosités choriales est épaisse : elle comporte deux couches cellulaires, l'une externe syncytiale, l'autre interne, appelée couche de LANGHANS; elle sépare le lac sanguin maternel du capillaire placentaire et paraît constituer un obstacle infranchissable pour le tréponème. Il semble, en effet, que l'on ait jamais constaté la présence de spirochètes dans les viscères du fœtus, quand la grossesse n'est terminée par un avortement avant le 5è mois.

A partir du 5^e mois, la couche syncytiale s'amincit, la couche de LANGHANS oo disloque les capillaires du foetus sont en contact intime avec les lacs sanguins de la mère; c'est alors que le spirochète passe de la mère à l'enfant. Ceci entraîne une série de conséquences.

2. - CONSEQUENCES

a) La définition de la maladie :

Il ressort que la syphilis congénitale est assez différente des conceptions anciennes classiques. L'existence de la syphilis germinale qui ne reposait que sur des hypothèses jamais vérifiées n'est plus retenue. Comme symbole du changement des idées, R.DEBRE, M.LAMY et A.MEYER demandent qu'on raye totalement de la terminologie les mots de syphilis héréditaire et d'héredo-syphilis qui n'ont pas de signification, pour ne retenir que celui de syphilis congénitale, dont la définition est la suivante : "C'est une maladie parasitaire due au trépô-nème, transmise de la mère au foetus, du cinquième au neuvième mois de la vie intra-utérine, par voie transplacentaire" (41).

b) Fréquence

En dépit des bouleversements de la seconde guerre mondiale, les manifestations syphilitiques ne dépassent guère 2,5 % des enfants hospitalisés aux U.S.A., 1 % dans le service de M.LELONG entre 1941-46, 0,61 % dans les services de R.DEBRE et M.LAMY entre 1940-1950.

Jusqu'à vers 1962, le pourcentage des syphilis congénitales était devenu infime, comme en font foi les statistiques lyonnaises : 0,09 % de syphilis congénitale sur près de 20.000 accouchements de 1944 à 1958, 0,01 % à 0,03 % de syphilis parmi les enfants hospitalisés de 1952 à 1959.

Mais depuis 1962, on assiste à une recrudescence de la maladie. Dans une maternité des U.S.A., où naissent plus de 10.000 enfants par an, WOODY, qui n'avait observé aucun cas de syphilis congénitale de 1957 à 1962, en observe sept cas en 1963 (48). En France, en l'absence de statistique précise, plusieurs auteurs parmi eux, BARON, BERNHEIM, BOISSIERE, CHAPTAL, DUVERGE, HOPPELER, LEPAGE, LELONG, PAUPE, ROGER, VERGER, en ont rapporté chacun un ou plusieurs cas depuis 1962 (14 cas rencontrés en six ans à l'hôpital DEBROUSSE, Lyon (18)).

J. PAUPE et J. CHARLAS expliquent la recrudescence de la syphilis congénitale, par trois failles dans le dépistage de la syphilis maternelle (31).

- La délivrance de certificats de complaisance au cours de la grossesse ou des examens prénuptiaux, sans pratiquer les examens sérologiques obligatoires;

- L'insuffisance ou l'absence de traitement d'une syphilis maternelle pourtant détectée pendant la grossesse;

- enfin et surtout, les contaminations tardives au cours de la grossesse, alors que les examens sérologiques étaient négatifs au cours de la grossesse et ne se sont positivés qu'après l'accouchement; l'enfant est pourtant contaminé.

A Alger, les dernières statistiques, rapportées par M.HAMDANE, en 1954, mentionnent 1 à 2 % de nouveau-nés syphilitiques : quatre cas ont été observés à la Clinique Médicale Infantile, soit une proportion de 1%⁰ par rapport aux 4.278 nourrissons examinés de 1948 à 1953. A la maternité de Mustapha, le pourcentage a été de 2%⁰ de cas en 3 ans (1951-53)(20). Depuis 1954, nous ne retrouvons pas d'autres statistiques/ Mais durant les trois dernières années, plusieurs cas ont été rapportés par les services de Clinique Médicale Infantile et de Maternité de Mustapha.

c. - Le cadre nosologique
est considérablement réduit.

- La responsabilité de la syphilis est à peu près nulle dans les avortements des premiers mois pour les pédiatres et accoucheurs, elle reste importante pour un certain nombre de syphiligraphes.

- Par contre la syphilis est responsable dans un nombre appréciable de cas (un tiers selon DEBRE) des morts-nés, des prématurés et des débilos.

- Les malformations congénitales qui datent d'une période très précoce de la vie intra-utérine sont presque formellement exclues du cadre de la syphilis.

- De même, sont sans rapport avec le tréponème, les états dystrophiques, vomissements du nourrisson, hémorragies du nouveau-né, arriération intellectuelle; cranio-tabes; rachitisme; épilepsie, hémiplegies, syndrome de Little...

- Quant à la syphilis de deuxième génération, les pédiatres la nient, les syphiligraphes (GOUGEROT-PAUTRIER) la considèrent comme réelle et ajoutent des observations à celles citées par FOURNIER (41).

Des observations de grossesse gemellaire dizygotiques démontrent que la mère atteinte de syphilis active, ne transmet pas obligatoirement sa maladie aux deux fœtus : cela prouve que l'enfant peut échapper à l'infection maternelle.

En définitive que doit-on inclure dans le cadre de la syphilis congénitale? Pédiatres et syphiligraphes sont d'accord sur la liste des symptômes de la syphilis congénitale précoce. Essentiellement, selon COMBES, on doit retenir diverses lésions organiques et humorales qui sont les suivantes : (9).

- . Syphilis de la peau et des muqueuses
- . Syphilis viscérale: foie, rate, rein, testicule
- . Syphilis osseuse : ostéochondrite, périostite, ostéomyélite surtout.
- . Syphilis nerveuse : atteintes méningées et neurologiques
- . Lésions sanguines et ganglionnaires enfin.

- ASPECTS CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES -

Rien n'est changé dans ce domaine et les descriptions classiques restent d'actualité. La syphilis congénitale d'insé-
culation transplacentaire, à partir du cinquième
mois de la grossesse, est une syphilis
d'emblée sanguino et viscérale de type immédia-
tement secondaire. Elle frappe donc tout
l'organisme. Elle est surtout hépatique,
osseuse, cutanéomuqueuse; ses lésions très
riches en tréponèmes, sont uniques ou mul-
tiples, graves ou atténuées, et surtout grou-
pées de façons diverses. On peut ainsi tout au
plus distinguer une syphilis majeure et des
syphilis atténuées.

I. - LA FORME SEPTICEMIQUE MASSIVE DU SYPHILIS
CONGENITALE MAJEURE(9) :

L'enfant naît avec des lésions déjà an-
ciennes.

- Il peut être mort-né et plus
ou moins macéré.

Cet aspect très connu et décrit, est
à vrai dire assez rarement rencontré actuellement.
Il traduit en ce cas une syphilis active,
virulente chez la mère.

- Si l'enfant naît vivant, son as-
pect général est aussi caractéristique. Il
est hypotrophique, souvent prématuré, avec
un faciès ridé, un gros ventre avec circulation
collatérale, le teint jaune, les membres grêles.

2

3

4

5

6

7

8

Il est fréquemment sujet à la diarrhée, aux vomissements et aux hémorragies.

Le visage est couvert de syphilides, les lèvres sont gercées et saignantes. Sur les narines s'étendent des croûtes noires sous lesquelles sourde une sécrétion purulente souvent mêlée de sang.

Une hépatosplénomégalie, les lésions d'ostéo-chondrite au niveau des épiphyses s'ajoutent au tableau.

Au total, des lésions généralisées entraînent un pronostic fatal, malgré les traitements modernes.

II. - LES SYPHILIS ATTENUÉES, pauci-symptomatiques, sont beaucoup plus fréquentes et de meilleur pronostic.

Les manifestations caractéristiques de la syphilis congénitale précoce, qu'elles soient isolées ou bien qu'elles s'intègrent dans une forme majeure septicémique, sont constituées par :

- Des lésions cutanéo-muqueuses,
- Des lésions viscérales,
- Des lésions osseuses.



I) - Lésions cutanéomuqueuses

a- Le pemphigus palmo-plantaire est exceptionnel; c'est le type le mieux individualisé des éruptions syphilitiques du nouveau-né; quand il survient, il est extrêmement précoce et se voit dès les premiers jours de la vie, voire le jour de la naissance. Il est constitué par des syphilides papulo-bulleuses, siégeant exclusivement aux régions palmaires et plantaires. Les bulles, plus tardives, contiennent une sérosité louche ou hémorragique. Elles reposent sur une papule cuivrée. Elles sont toutes du même âge, l'éruption se faisant toujours d'une seule poussée. En deux à quatre jours, la sérosité se dessèche et forme une croûte recouvrant une exulcération, la sérosité fourmille de tréponèmes à l'examen ultra-microscopique.

Le diagnostic de pemphigus syphilitique est facile; il ne faut pas le confondre avec le pemphigus staphylococcique épidémique des nourrissons, qui est une pyodermite bulleuse et qui se distingue du pemphigus syphilitique par;

- sa date d'apparition: nourrissons de quelques jours à un an.

- sa localisation à une région quelconque du corps, sauf aux paumes et aux plantes.

- L'absence d'infiltration papuleuse sous les bulles.

- Son évolution par poussées successives.

b) Les syphilides maculeuses réalisent une roséole : ce sont de simples taches rosées, arrondies, sans relief ou infiltration, siégeant principalement sur le tronc, la racine des membres, la paume des mains et la plante des pieds.

c) Les syphilides papuleuses (papulo-érosives, papulo-croûteuses) sont beaucoup plus fréquentes, mais souvent discrètes et polymorphes, elles risquent de passer inaperçues ou d'être mal interprétées. Elles existent dès la naissance, ou surviennent dans les premiers mois de la vie, parfois par poussées successives. Elles siègent avec prédilection au niveau des plis, où elles sont souvent érosives et peuvent constituées par confluence et infections secondaires, des nappes infiltrées, suintantes et croûteuses.

Les syphilides papuleuses et érosives ont deux sièges électifs :

- A la face, où elles se groupent autout de la bouche (rhagades péribucales), au pourtour de l'orifice nasal, sur les sillons naso-géniaux et mentonnier, sur les paupières. Sur les lèvres, elles forment des fissures saignantes qui entament non

seulement les muqueuses, mais la peau. Ces syphilides fissuraires guérissent en laissant des cicatrices très caractéristiques, fines, striées, blanches, qui persistent toute la vie.

- A la région ano-génito-fossière, où elles posent un problème diagnostique avec certains érythèmes fessiers papulo-érosifs. Mais la syphilis donne des lésions infiltrées, papuleuses, de teinte cuivrée, prédominant au fond des plis, alors que l'érythème fessier siège surtout aux régions convexes, et ses lésions ne deviennent papuleuses que secondairement par cicatrisation des érosions. L'existence de lésions péri-anales condylo-mateuses plaide en faveur de la syphilis.

d) Les lésions muqueuses, en dehors des lésions péri-orificielles, ont peu de caractères spécifiques. L'atteinte de la muqueuse nasale se traduit par un symptôme d'une valeur capitale : le coryza. Le coryza syphilitique apparaît vers la 2^e ou 3^e semaine, parfois plus tard, jusqu'au 4^e mois. C'est un coryza intense avec jetage épais, sanieux, séro-purulent ou sanguinolent, formant des croûtes jaunes brunâtres, adhérentes. Les signes d'obstruction sont très marquées, gênant considérablement la respiration et la succion. Le pourtour narinare, et souvent la lèvre supérieure, sont enflammés, tuméfiés, érodés. Malgré l'intensité des symptômes, l'enfant est apyrétique. En

l'absence de traitement spécifique, ce coryza peut se compliquer d'otites, de broncho-pneumonies, d'infections ganglionnaires et dans certains cas de lésions de la charpente cartilagineuse du nez (nez en logette) ou de lésions du squelette osseux (nez en selle).

c) On peut observer des lésions des phanères : périonyxis associé à la pachyonyxis ou à l'atrophie de l'ongle.

Les signes cutané-muqueux que nous venons de décrire ne sont pas très fréquents dans la syphilis congénitale. Ils constituent cependant, lorsqu'ils existent, un excellent signe de la maladie.

2) - Lésion viscérales

a) Classiquement, de toutes les lésions viscérales, la plus fréquente est l'atteinte de la rate que traduit la splénomégalie. L'hypertrophie peut être d'importance variable. C'est un signe très précoce et fréquent.

b) L'Hépatite syphilitique peut être isolée avec hépatosplénomégalie, sans autres localisations, elle peut constituer un des éléments d'une forme septicémique, associée alors aux lésions cutané-muqueuse, osseuses, rénales, méningées. La syphilis hépatique congé-

nitale précoce (foie silex) est cliniquement caractérisée par un ictère intense et précoce, une hépatomégalie considérable, une splénomégalie, une érythroblastose sanguine, une thrombopénie franche qui conditionne un syndrome hémorragique tout autant que les lésions hépatocellulaires qui sont d'intensité variable; fait capital, les réactions inflammatoires biologiques sont toujours très précocément et fortement positives .

La ponction-biopsie du foie permet la mise en évidence de nombreux foyers hématopoiétiques intra-hépatiques, la présence de nombreux tréponèmes, une infiltration mésenchymateuse diffuse ou nodulaire et une dislocation des travées cellulaires.

c) La fréquence et l'importance de l'atteinte rénale sont très variables. La syphilis rénale peut être méconnue au milieu d'un tableau de syphilis majeure du nouveau-né; la constatation d'une albuminurie et d'œdèmes est un facteur d'aggravation du pronostic déjà sombre. Parfois la néphrite s'exprime isolément entre le 15^e jour et le 3^e mois de la vie soit par une simple albuminurie, soit par une néphrite avec syndrome néphrétique.

d) La syphilis de l'appareil respiratoire est rare . Anatomiquement elle peut produire des lésions laryngées, bronchiques, des artérites pulmonaires et surtout la "pneumonie



blanche" du nouveau-né. Le plus souvent, toutes ces lésions sont méconnues et ne sont que des découvertes d'autopsie, chez des nouveau-nés morts rapidement.

e) L'anémie est fréquente dans la syphilis majeure du nouveau-né, il s'y associe une leucocytose avec prédominance de poly-nucléaires; la thrombopénie est possible.

f) L'atteinte du système nerveux au cours de la syphilis congénitale précoce reste pratiquement limitée aux méninges. Latente la plus souvent, elle n'est reconnue que par l'étude systématique du liquide céphalo-rachidien : hyper-albuminorachie, hypercytose lymphocytaire, réactions sérologiques positives. Dans certains cas, un discret syndrome méningé, une tension de la fontanelle, ou parfois des convulsions attirent l'attention.

Les atteintes évolutives de l'appareil auditif apparaissent exceptionnelles à cette phase de la syphilis congénitale, de même la névrite optique, la choriorétinite.

h) L'orchite syphilitique peut être observée à un stade précoce, avec gros testicule, induré, non douloureux, masqué souvent par une hydrocèle. La constatation de ce dernier symptôme n'a de valeur que si le testicule sous-jacent est altéré.

3) Les lésions osseuses (3) :

Les lésions osseuses de la syphilis congénitale ont une importance considérable. " Leur caractère souvent isolé, leur valeur diagnostique, leur évolution rapidement favorable, légitiment la description comme entité authentique la syphilis osseuse congénitale. Cependant leur étiologie et leur traitement n'ont rien de particulier: Ce sont ceux de toute syphilis congénitale".

a) Fréquence. Depuis WEGNER et PARROT qui en ont décrit en 1870 et 1872, avant l'ère radiologique, les symptômes cliniques et les lésions anatomiques, les localisations osseuses de la syphilis du nourrisson ont suscité de multiples travaux PEHU, ROSCHINGER et FRAENKEL, en 1925, en ont magistralement tracé les différents aspects radiologiques. Tous les auteurs modernes s'accordent aujourd'hui pour souligner la très grande fréquence des localisations osseuses, présentes dans plus de 80 % des cas de syphilis congénitale.

b) Circonstances de découverte des lésions osseuses :

La syphilis osseuse congénitale précoce se présente dans des conditions variables et sous des aspects cliniques divers. Les conditions d'observation des lésions osseuses sont schématiquement de deux types différents :

- ou bien l'atteinte osseuse n'est qu'un élément noyé dans le cortège septicémique d'une syphilis polyviscérale virulente, de diagnostic facile, mais de pronostic redoutable. Les lésions osseuses, le plus souvent latentes, seront une découverte d'examen radiologique systématique.

• ou bien l'atteinte osseuse est prédominante, voire exclusive, témoin d'une forme osseuse isolée, paucisymptomatique, de pronostic plus favorable, mais de diagnostic difficile si l'ostéite syphilitique reste cliniquement latente. C'est l'éventualité la plus fréquente actuellement.

Les différents aspects cliniques de la syphilis osseuse, pouvant être ramennés schématiquement à trois types principaux :

1. La forme latente ne donne lieu à aucune manifestation clinique, ni gonflement, ni douleur et PERU insistait sur l'évolution parfois indolore des ostéopathies syphilitiques. Elle risque de passer totalement inaperçue, si la notion d'une syphilis maternelle connue ou la constatation d'un signe cutané ou d'une hépato-splénomégalie chez un nouveau-né ne fait pas soupçonner la syphilis. Seul l'examen radiologique permet alors de porter le diagnostic de lésion osseuse.

2) - Le gonflement inflammatoire douloureux d'un membre.

Chez un nouveau-né de quelques jours ou de quelques semaines, apparaît brusquement une tuméfaction para-articulaire, dont le caractère fréquemment inflammatoire risque de faire errer le diagnostic et d'en imposer pour une arthrite ou une ostéomyélite. La radiographie systématique lève rapidement les doutes en montrant des images d'ostéochondrite ou de périostite. Parfois, cependant, l'aspect radiologique est celui d'une lésion ostéomyélique et la nature syphilitique de la lésion peut être méconnue. Sous l'influence du traitement, ce gonflement inflammatoire va disparaître en deux à trois semaines, sinon la sémiologie risque de se compléter.

3 - La maladie de PARROT, ou pseudo-paralysie douloureuse des nouveau-nés, est l'expression clinique la plus achevée de la syphilis osseuse congénitale.

Elle fait suite à une période de gonflement articulaire, ou s'installe brusquement sans signes prémonitoires. Elle ne s'observe que chez les nouveau-nés ou les nourrissons de quelques semaines, toujours avant le 3^e mois. Elle correspond habituellement au dernier stade de l'ostéochondrite. Elle se traduit par une impotence

motrice d'un ou de plusieurs membres. Le plus souvent un membre supérieur est atteint : mou, flasque, collé au tronc en demi-flexion, la main tombante en pronation faisant avec l'avant-bras un angle droit, il est complètement immobile. Lorsque les deux membres supérieurs sont atteints, ils prennent l'aspect dit en "nagooires de phoques". L'attitude est différente au niveau des membres inférieurs, la contracture musculaire remplaçant souvent l'hypotonie, la palpation permet de constater un épaississement de la région immobilisée, parfois même un œdème limité ou étendu à tout le membre, œdème dont l'allure parfois inflammatoire prête à confusion avec une ostéomyélite ou une arthrite aiguë. La mobilisation est très douloureuse et peut s'accompagner de crépitation et de mobilité anormale si les délabrements osseux sont importants/. Un examen attentif montre que de petits mouvements des doigts et des orteils sont possibles, que les réflexes tendineux sont conservés : Il n'y a pas de vraie paralysie.

La maladie de PARROT a une tendance spontanée vers la guérison. Le traitement le plus simple donne des résultats rapides : en quelques jours ou en quelques semaines, le nourrisson recouvre ses mouvements, le gonflement disparaît et les radiographies successives montrent la récupération progressive d'une structure osseuse normale, contras-

tant avec l'importance des images initiales. Parfois, cependant, les déformations articulaires peuvent persister, accompagnées d'impotence plus ou moins sévère ou du raccourcissement d'un membre. Mais de telles évolutions sont très rares et la gravité de la maladie de PARROT tient moins à l'importance des lésions osseuses qu'à la virulence des atteintes viscérales qui lui sont parfois associées.

Cela peut être illustré par les deux observations d'ostéochondrite syphilitique de NEIMANN en 1952, et de J. DELON en 1953, la première a mal évolué, car elle s'intégrait dans un tableau de syphilis polyviscérale, la seconde, par contre, a bien évolué; car il n'existait pas d'atteinte viscérale. (2).

c) Signes Radiologiques :

Depuis PEHU, il est classique de décrire 3 types principaux d'images radiologiques selon la localisation des lésions :

- au niveau du cartilage (l'Ostéochondrite);
- au niveau du périoste (la périostite);
- au niveau du tissu osseux proprement dit l'ostéomyélite(34). Certains y

ajoutent un peu artificiellement les productions exubérantes et les bandes transversales qui ne sont que des variantes des types précédents.

1) L'Ostéochondrite (Fig.1)

Présentées dans plus de 80 % des cas de syphilis osseuse précoce, les lésions d'ostéochondrite s'observent souvent dès la naissance, toujours avant l'âge de trois mois, jamais après six mois. Elles sont le plus souvent latentes, décelées, seulement par la radiologie systématique.

Elles siègent au voisinage des épiphyses fertiles, à la jonction de la métaphyse et de l'épiphyse des os longs. Tous les os des membres peuvent être atteints, les membres supérieurs plus souvent que les membres inférieurs, mais aussi les côtes, les métacarpiens, les métatarsiens et même les phalanges. Parfois les lésions sont disséminées, justifiant des radiographies systématiques de tout le squelette.

Il est commode de classer les lésions radiologiques de l'ostéochondrite en quatre stades, selon leur intensité.

Les 1er et 2è stades n'ont rien de spécifique. Ils correspondent selon les cas.

- soit à un élargissement et une den-

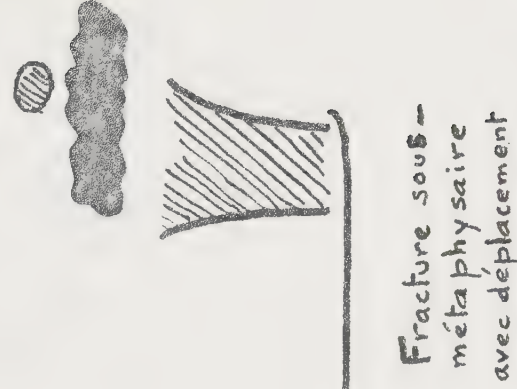
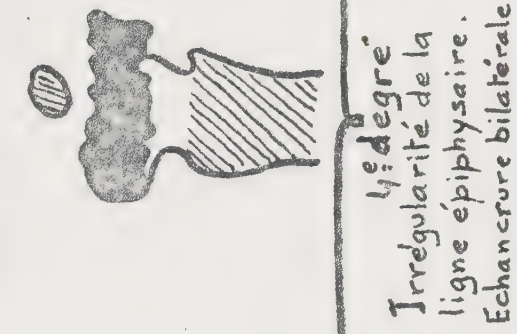
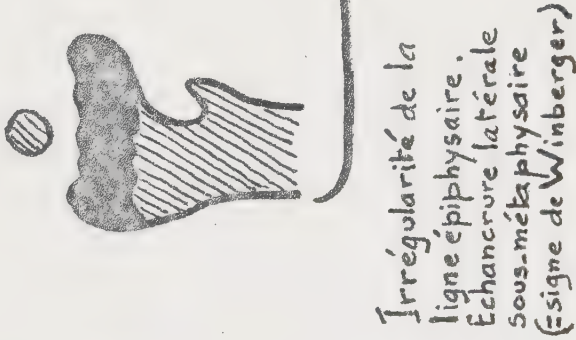
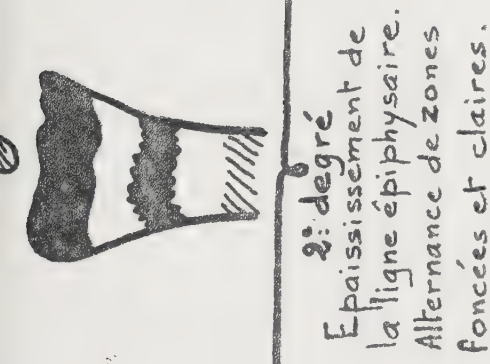
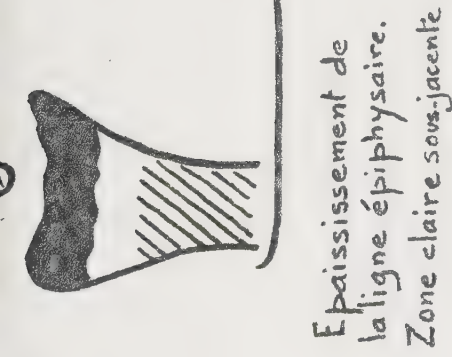


Fig. 1 : Les différents stades de l'ostéochondrite syphilitique (d'après CHAPTAL et JEAN)

sification isolée de la ligne épiphysaire, normalement très mince (1^{er} stade).

- soit à une érosion progressive de cette ligne épiphysaire qui finit par disparaître, laissant une métaphys. trop claire surmontant une diaphyse de densité normale (2^e stade).

Les 3^e et 4^e stades sont beaucoup plus évocateurs de syphilis :

- 3^e stade. La ligne dense épiphysaire se hérisse d'aspérités, de denticulations, de fines spicules sur ses deux faces et prend un aspect en zigzag. Une bande claire, irrégulière aussi, la sépare de la diaphyse.

- 4^e stade. Il correspond à l'un des deux aspects les plus caractéristiques de la syphilis osseuse. Tantôt existe une échancrure claire, uni ou bilatérale, limitée à un angle de la métaphys. sous une ligne épiphysaire en zigzag: c'est le sign. de Wimberger, qui siège surtout au bord supéro-interne du tibia. Tantôt, en pleine zone claire métaphysaire, se produit une fracture avec ou sans déplacement correspondant cliniquement à la pseudo-paralysie de Parrot.

Les stades 1 et 2 ne sont pas spécifiques de la syphilis et traduisent seulement l'hyperactivité de l'ossification: ils s'observent en effet, dans toute la

effet, dans tous les cas il s'agit d'effets
du premier stade.

Par contre les stades 3 et 4 apparaissent
plus spécifiques : la dysharmonie entre la crois-
sance du cartilage, des vaisseaux et des os,
aboutit à la formation de dépôts calciques
irréguliers ou aberrants et à une ossification
anarchique au sein de laquelle se trouvent de
nombreux tréponèmes.

L'ostéochondrite syphilitique a presque
toujours une évolution favorable. On est mê-
me surpris de la rapidité de la guérison, a-
boutissant en quelques semaines à la disparition
de toutes les anomalies radiologiques, hâtée
par le traitement spécifique. Des séquelles sont
cependant observées; elles sont très rares, même
dans les cas de traitement.

2 - La périostite : (Fig. 2)

Moins fréquente, la périostite syphili-
tique se constitue par la même voie que
l'ostéochondrite. Mais sa traduction radiologique
est plus tardive, elle ne survient qu'au troisième
mois et souvent beaucoup plus tard, vers le 8e-
12e mois.

Elle siège symétriquement sur les os
longs des membres, plus volontiers sur les os
des membres inférieurs et atteint avec prédilec-

tion la face antéro interne des tibias, la face externe des fémurs, bien plus rarement la face externe de l'humérus.

Les aspects radiologiques sont de trois types :

- La périostite ossifiante (ou engainante) se traduit par un épaississement périosté qui double la corticale diaphysaire et réalise une image en double contour qui va d'une métaphyse à l'autre;

La périostite en bulbe d'oignon de PEHU réalise un aspect radiologique feuilleté autour de la diaphyse dont la calcification complète se traduit par une périostite calcifiante. Celle-ci donne à l'os un aspect opaque ;

- la périostite cellulaire de Sch-noider est un épaississement périosté localisé autour d'un ostéome, d'un ostéocarcinome ou d'un ostéomyélite. Elle détermine parfois des productions exubérantes en bords, en épansons, déformant les régions métaphysaires.

Lésion non spécifique, la périostite syphilitique est due à un arrêt de l'ossification du tissu ostéo périosté.

Son évolution est beaucoup plus longue



Fig 2 : Les différents aspects de la périostite syphilitique (d'après CHAPTAL et JEAN).



Périostite engainante



Périostite calcifiante



Périostite entourant une ostéochondrite

Fig 3 : Différents types d'ostéomyélite syphilitique (d'après BOISSIERE)



Forme pseudo-kystique avec ostéochondrite



Ostéomyélite diaphysaire avec ostéochondrite



Forme multilacunaire avec ostéochondrite et périostite

que celle de l'ostéochondrite et peut persister très longtemps, malgré le traitement .

3 - L'ostéomyélite : (Fig 3)

Elle est décrite sous le nom de raréfactions osseuses ou d'images lacunaires.

Très souvent latentes cliniquement, les lésions ostéomyélitiques s'accompagnent parfois d'une périoste réactionnelle ou d'une ostéochondrite dont la déformation peut alors attirer l'attention.

Souvent multiples, situées dans le tissu osseux, plus souvent dans la métaphyse que dans la diaphyse, les lacunes ostéomyélitiques peuvent se localiser sur tous les os, non seulement les os des membres, mais aussi les phalanges, les os du crâne, de la face .

L'ostéomyélite syphilitique se traduit par des lacunes arrondies, petites, multiples, ou des plaques plus étendues, ovalaires, polycycliques ou parfois pseudokystiques à leur niveau, la structure osseuse est effacée et l'os prend un aspect vermoûlu. La localisation de ces images au bord supéro-interne du tibia peut participer

à la réalisation du signe de Wimberger. Fréquemment enfin, ces aspects de raréfaction osseuse s'entourent d'une réaction périostée.

Lésion spécifique fourmillant classiquement de tréponèmes, l'ostéomyélite syphilitique est une destruction du tissu osseux normal, remplacé rarement par un tissu gommeux, souvent par un tissu de granulation qui a tendance à se nécroser.

Les lacunes ostéomyélitiques se comblent et se réparent rapidement en quelques semaines, sans laisser de séquelles. Une surinfection par des germes banaux est possible, rendant le diagnostic de syphilis très difficile et compliquant le traitement. La localisation à la mandibule est grave en raison de la destruction définitive possible des bourgeons dentaires.

4 - Diagnostic différentiel radiologique

- L'ostéochondrite, aux stades 1 et 2, n'est pas spécifique de la syphilis et des images analogues peuvent être réalisées par des infections bactériennes, des états de dénutrition, des hémopathies, des syndro-

mes carenciels tels que le rachitisme ou le scorbut. De même, les raies bismuthiques, si la mère a été traitée pendant la grossesse (LAMY), peuvent prêter à confusion.

- La périostite, isolée, pose des problèmes difficiles avec le rachitisme en voie de guérison, les hématomes sous-périostés du scorbut, l'hyperostose corticale traumatique, la réaction périostée d'une ostéomyélite, les images de double contour qui accompagnent la dystrophie ostéomalacique du prématuré.

- L'ostéomyélite syphilitique, sans accompagnée d'images d'ostéochondrite, est d'un diagnostic plus difficile encore. L'aspect radiologique est identique à celui d'une ostéomyélite suppurée ou de certaines tumeurs osseuses bénignes comme le granulome éosinophile.

En définitive, si cliniquement le diagnostic de syphilis congénitale précoce ne peut être porté avec certitude, les clichés radiologiques sont souvent très évocateurs par la diffusion, la localisation, l'aspect des images et leur survenue précoce avant le 3^e mois. Mais la certitude ne peut être apportée souvent que par les réactions sérologiques. Malheureusement la pratique du B.W. semble être actuellement démodée Ceci explique les nombreuses erreurs de diagnostic et les syphilis méconnues.

- DIAGNOSTIC SÉROLOGIQUE -

Le diagnostic sérologique de la syphilis congénitale a évolué de façon remarquable au cours des vingt dernières années, entraînant un renouvellement fondamental des connaissances théoriques et pratiques de la syphilis. Mais de nombreux points restent encore obscurs dans la connaissance de l'évolution tréponémique de l'adulte et de sa descendance.

I. REACTIONS SÉROLOGIQUES

1°) Les réactions cardiolipidiques.

Elles ont maintenant un demi-siècle d'histoire, et sont trop connues pour qu'il soit utile de revenir sur ces méthodes. Leur spécificité est loin d'être absolue : l'antigène, cardiolipidique, extrait de cœur de boeuf, détecte un système d'anticorps très mystérieux, les réagines, qui n'ont jamais parfaitement été élucidés.

Le grand nombre de réactions proposées (17 principales et 8 variantes) est bien la preuve de l'insuffisance de chacune d'elles, et le nombre élevé de réactions faussement positives ou faussement négatives est loin d'apporter la sécurité désirable, malgré leur pratique bien codifiée et très facile. En fait on n'utilise plus actuellement, parmi ces réactions non tréponémiques, que

celle de Kolmer (hémolyse), variante technique du classique B.W., ainsi qu'une réaction de floculation (Kline ou V.D.R.L.).

Leur faible intensité et leur instabilité en rendent la pratique quantitative d'un intérêt limité seulement aux périodes florissantes de la maladie.

Utilisable dans le dépistage sommaire et dans le contrôle diagnostique à la période primo-secondaire, elles n'ont plus guère d'utilité dans les contrôles d'évolution et de guérison.

Pour FRIBOURG; "la pratique sérologique courante doit être basée sur le couplage systématique et exclusif d'une réaction de floculation et de l'immunofluorescence quantitative. (19)

2°) Le test d'immobilisation des tréponèmes (T.I.T.).

D'une spécificité absolue, d'une reproductibilité excellente, d'une sensibilité incomparable par rapport aux réactions cardiolipidiques, le T.I.T. présente cependant des inconvénients notables.

La technique en est difficile, onéreuse et réservée de ce fait à un petit nombre de laboratoires.

De plus, la connaissance du degré du degré de **positivité** (la réaction d'appréciation quantitative) n'a jamais pu être admise. Il convient d'ajouter enfin un certain retard dans l'apparition de l'antigène, l'immobilisation au début de la maladie, par rapport ~~aux~~ réagines et aux anticorps fluorescents.

Pour DEGOS, le T.I.T. est la réaction spécifique de préférence; il doit être demandé dans tous les cas où l'on soupçonne la syphilis congénitale et dans les cas litigieux, lorsque les réponses de la sérologie classique ne concordent pas avec les données cliniques, ou lorsqu'elles sont dissociées. Par ailleurs, il permet de contrôler les "fausses réactions positives", de vérifier la transmission passive des anticorps maternels. Dans cette éventualité, la sérologie du nourrisson se négativera dans les premiers mois de la vie, le test de NELSON étant le dernier à rester positif.

3°) La réaction d'immuno-fluorescence (F.T.A.)

L'extrême sensibilité de la réaction d'I.F., alliée à la simplicité de son exécution, permet de pratiquer systématiquement le titrage quantitatif du degré de positivité, c'est-à-dire de déterminer la dilution extrême du sérum donnant encore une réponse positive.

L'I.F. possède également l'avantage de détecter l'anticorps qui apparaît le plus pré-



cocément au cours de l'infection tréponémique. Sa positivité est contemporaine du début de la lésion primaire, alors que le B.W., et plus encore le T.I.T., ne se positiveront que tardivement.

Ainsi, dans l'état actuel des possibilités, on peut éventuellement en la couplant avec une autre réaction sérologique, obtenir, grâce à l'immuno-fluorescence, un diagnostic de la syphilis à la fois rapide, simple, sûr et peu coûteux.

III- UTILISATION DES REACTIONS SEROLOGIQUES DANS LA SYPHILIS CONGÉNITALE.

La syphilis congénitale pose des problèmes sérologiques concernant à la fois le diagnostic et le pronostic de la maladie.

L'évolution des anticorps chez l'enfant est complexe, pour les deux raisons suivantes :

a) Le nouveau-né possède à sa naissance le sérum de sa mère et ses caractéristiques sérologiques ne sont que le reflet de celles de sa mère.

b) Le nouveau-né ne possède aucune possibilité de défense immunitaire et n'acquerra celle-ci qu'à partir du 3^e mois, quelle



que soit l'intensité de l'infection dont il est l'objet.

En raison de ses faits, les possibilités d'interprétation sont difficiles chez l'enfant. On sait en effet qu'un enfant peut naître parfaitement sain avec une sérologie positive et qu'inversement, un nouveau-né peut être syphilitique avec une sérologie totalement négative. Ces différentes possibilités, et leur évolution, dépendent en fait essentiellement de la date de contamination de la mère et des traitements spécifiques qu'elle a reçus.

1°) Contamination maternelle méconnue à la phase ultime de la grossesse.

C'est l'éventualité la plus défavorable. Les réactions sérologiques étant négatives chez la mère, et les tréponèmes se trouvant à leur phase de virulence maxima, le nouveau-né ne possèdera aucune défense, ni acquise, ni spontanée. Même s'il a été contaminé; ses réactions sérologiques seront négatives. Donc dans pareil cas, la sérologie pourra fréquemment ne rien apporter.

Si l'enfant arrive à survivre et à dépasser le cap du 2^e ou 3^e mois, il commencera à élaborer ses propres anticorps, et son évolution sérologique se fera ainsi: l'ascension du taux des anticorps fluorescents débutera au 3^e mois,

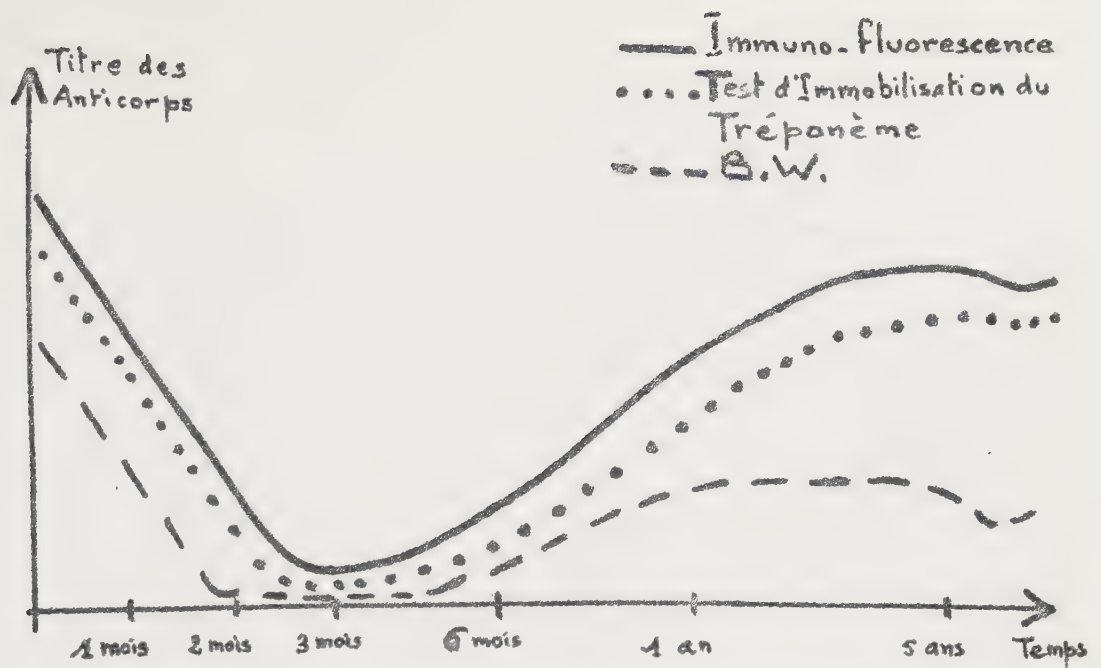


Fig. 4 : Evolution des Anticorps chez le nouveau-né contaminé (mère non traitée contaminée au début de la grossesse).

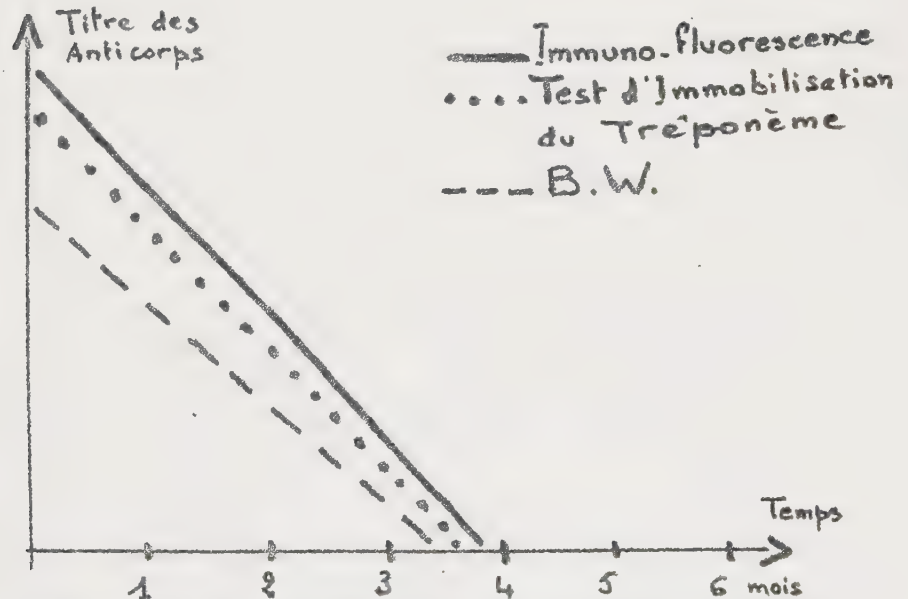


Fig. 5 : Evolution des Anticorps chez le nouveau-né non contaminé de mère syphilitique.

et il bénéficiera des anticorps maternels.
La sérologie à la naissance sera celle de la mère, elle évoluera vers la négativation, pour remonter ensuite après le 3^e à ou 4^e mois.

b) S'il n'a pas été contaminé, les titres d'anticorps baisseront progressivement et seront complètement négatives à 6 mois, sans aucune réaction (Fig. 5).

4°) - Mère reconnue syphilitique et traitée avant la naissance.

Si la mère a reçu un traitement correct, il semble bien que l'enfant ne courre aucun risque d'infection tréponémique sévère, quelle que soit la date de contamination maternelle et le stade de grossesse où se situe le traitement.

Tout au plus, si la mère a été traitée à une phase tardive de son infection, le nouveau-né pourra être porteur de formes latentes de syphilis.

Ainsi le clinicien a donc tout le temps nécessaire pour suivre l'évolution des anticorps chez le nourrisson ; S'ils n'ont pas disparu au 5^e ou 6^e mois, et surtout s'ils remontent à cette période, l'interven-

tion thérapeutique sera nécessaire.

III - CONCLUSION

Devant toute suspicion de syphilis (syndrome clinique, anamnèse....) et avant toute intervention thérapeutique, le clinicien doit procéder à un bilan biologique spécifique de la syphilis. S'il s'agit d'un nouveau-né, il ne faut pas oublier :

- que sa sérologie n'est à la naissance que la réplique de celle de la mère;

- que la baisse du taux des anticorps entre le 2^e et 3^e mois n'est pas une preuve suffisante de la non contamination de l'enfant;

- qu'on ne pourra affirmer celle-ci que si cette baisse se poursuit entre le 4^e et 6^e mois de la vie.

C'est-à-dire que les éléments du diagnostic de la syphilis congénitale précoce reposent sur un examen complet, clinique et radiologique, une enquête étiologique et une interprétation rigoureuse des réactions sérologiques. Ces éléments sont indispensables pour éviter deux écueils aussi graves :

a) méconnaître le diagnostic et
laisser évoluer une syphilis sans traitement;

b) ou affirmer abusivement la mala-
die et entreprendre un traitement intempestif.

- T R A I T E M E N T -

" Le traitement de la syphilis congénitale pose encore, malgré l'efficacité des drogues utilisées, des problèmes assez délicats " (PAUPE et CHARLAS) (33). La syphilis congénitale du premier âge met en jeu avant tout le pronostic vital qui reste assez sombre (10 à 50 % des décès selon les statistiques). Les incidents ou accidents du traitement sont fréquents et peuvent être graves si ce dernier est initialement trop brutal.

I. - LES MOYENS THERAPEUTIQUES

a) - Citons, pour mémoire, les traitements classiques :

- Le Sulfarsénol s'employait par voie intra musculaire, à doses progressiv s un total de 100 mg par Kg pour la série, à à raison de 2 ou 3 injections par semaine.

- Le Stovarsol, per os à doses fractionnées (15 mg par Kg et par jour, quatre jours sur sept) pour une dose totale de 100 mg par kg par série.

- Le Mercure, utilisé sous for-

me de frictions mercurielles quotidiennes d'onguent napolitain en un point différent du corps chaque jour.

b) Actuellement.

- La Pénicilline, a parson efficacité et son inocuité, détournée les traitements précédents.

- D'autres antibiotiques sont doués d'un pouvoir **tréponémicide** tel: Auréomycine, Tétracycline, Erythromycine et Spiramycine

Dans l'immense majorité des cas on utilise la pénicilline. Le traitement à la pénicilline est responsable, dans un cas sur deux selon DEBRE, de réaction d'HERXHEIMER observée en général dans les trois premiers jours du traitement. Cette réaction peut se marquer au minimum par une poussée fébrile ou une exacerbation des signes cliniques et radiologiques; dans certains cas elle peut être alarmante, à type de collapsus, de convulsions isolées ou d'un véritable état de mal.

Une telle réaction peut être facilement évitée ou atténuée grâce à deux artifices :

- soit en faisant précéder la pénicillinothérapie par quelques frictions mercurielles;

- soit plus simplement en commençant la série de pénicilline par des doses infimes et progressives pendant les quatre premiers jours. On peut utiliser la corticothérapie associée dans l'espoir de diminuer la fréquence et à la gravité de cet accident.

II - INDICATIONS DU TRAITEMENT :

Pour tous les auteurs, elles doivent très rigoureuses, établies avec certitude sur les renseignements anamnétiques l'ensemble des signes cliniques, radiologiques et sérologiques. (2, 33).

- 1 - Il faut traiter sans hésitation tous les nouveau-nés issus de parents syphilitiques, chez lesquels les signes radiologiques et les données sérologiques concordent pour affirmer la syphilis congénitale évolutive, même dans ses formes mineures ou localisées.
- 2 - Il ne faut pas traiter d'emblée malgré la notion d'une sérologie positive pendant les premières semaines, les nouveau-nés cliniquement normaux issus d'une mère syphilitique traitée correctement pendant la grossesse ou d'une mère anciennement syphilitique, traitée et guérie. Il faut suivre régulièrement l'évolution de la sérologie jusqu'au 6^e mois :

si elle reste positive, ou si les réactions quantitatives montrent une augmentation du taux des anticorps, le traitement devient nécessaire; si elle se négative l'abstention thérapeutique est de règle.

3 - Il faut surveiller sérologiquement les nouveau-nés

cliniquement normaux et à sérologie négative, issus de mères syphilitiques. Ils ne seront traités que si les réactions sérologiques deviennent positives.

III - MODALITES DU TRAITEMENT.

Elles sont différentes selon qu'il s'agit d'une syphilis congénitale précoce mineure, ou d'une forme polyviscérale septicémique.

- 1 - La syphilis congénitale précoce polyviscérale est difficile à traiter; la mortalité reste élevée. Les accidents mortels, plus fréquents dans cette forme, imposent que le traitement doit être prudent. La plupart des auteurs utilisent d'emblée la pénicilline à la dose très modeste de l'ordre de 5 unités par kilog le premier jour, en augmentant très progressivement jusqu'à atteindre 20.000 unités par kilog et par jour, la dose totale étant d'environ un million

d'unités réparties en 15 à 20 jours. Après 3 semaines d'arrêt une deuxième cure de pénicilline est indiquée (3-33).

- 2 - La syphilis congénitale précoce mineure est beaucoup plus facile à traiter. Les accidents thérapeutiques graves y sont exceptionnels, comme l'a confirmé l'innocuité de fortes doses de pénicilline administrées d'emblée par méconnaissance du diagnostic. On peut entreprendre le traitement par une cure de pénicilline à doses fortes : 30.000 à 50.000 unités par kg et par jour, soit une dose journalière de 100 à 200.000 unités, répartie de préférence en deux injections, jusqu'à un total de 1 à 2 millions d'unités administrés en une quinzaine de jours. Des doses supérieures de pénicilline ne paraissent pas contre-indiquées, ne sont pas nuisibles mais ne paraissent pas plus efficaces.

Certains auteurs considèrent qu'une seule cure de pénicilline est suffisante, mais la plupart pratiquent une deuxième cure identique un mois environ après la fin de la première.

IV - RESULTATS DU TRAITEMENT .

a) Dans la syphilis polyviscérale, les résultats sont restés médiocres. Malgré la pénicilline, le taux de

mortalité par réaction d'HERXHEIMER ou infection secondaire, est encore de l'ordre de 20 à 50 %, . Lorsque l'évolution est favorable, les lésions syphilitiques régressent en général complètement, mais plus ou moins vite selon la localisation, les lésions osseuses étant les plus heureusement influencées. (3)

b) Dans la syphilis mineure localisée, les résultats sont très favorables :

- Le pronostic vital n'est pas en jeu.

- Les signes cliniques et radiologiques disparaissent rapidement, tendance de guérison particulièrement nette pour les localisations osseuses comme l'ont confirmé les observations des différents auteurs. (1 -3)

- L'avenir des réactions sérologiques, par contre, est variable et sans parallélisme avec celui des lésions radio-cliniques. Dans le cas où l'enfant a été traité précocement, on peut parfois voir une négativation rapide, en quelques semaines, de la sérologie. Cependant il est courant de voir les réactions sérologiques ne se négativer qu'au bout d'un ou deux années, malgré un traitement correct. Les réactions sont en général les premières à disparaître. Les immobilisations sont plus longues à disparaître et persistent souvent. Si le fait de voir se négativer un test de Nelson est un indice très valable de guérison, il

est loin d'être certain que la persistance de sa positivité implique le contraire.

La syphilis congénitale est souvent à l'origine de sérologie "irréductible" partiellement ou totalement, et ceci d'autant plus que le traitement aura été appliqué plus tardivement. De toutes façons, cette irréductibilité n'est nullement une preuve de l'échec du traitement qui, à lui seul constitue une garantie de valeur pour le malade. La persistance de la positivité dépend moins de la thérapeutique que de la durée préalable de l'infection, de la réponse de l'hôte, ou de la réaction sérologique utilisée.(32)

Ainsi, malgré l'efficacité de la pénicilline, la syphilis congénitale peut encore poser de délicats problèmes thérapeutiques et provoquer de très graves désordres chez les enfants qui en sont atteints. Par contre, le traitement prophylactique (sur lequel nous reviendrons) qui repose essentiellement sur le dépistage de la syphilis maternelle, garde encore un maximum d'efficacité.

OBSERVATIONS /

Devant la recrudescence de la syphilis congénitale précoce, nous avons tenté de réunir le plus grand nombre d'observations, pour une confrontation étiologique, clinique et évolutive de la maladie dans notre pays, aux données universelles que nous venons d'exposer.

Sur une période de trois années (1968-70), nous avons pu recueillir, au total, 10 observations:

- Cinq à la Clinique Médicale Infantile
- trois à la Maternité de Mustapha
- une au service de Dermato-syphiligraphie
- une au service de Pédiatrie, Hôpital M.C.I.

Nos recherches portant sur les années antérieures de nous ont pas fait retrouver d'autres cas.

Nous ferons d'abord état de nos observations, nous procéderons par la suite, à leur étude analytique, pour envisager, à la fin, les solutions médico-sociales nécessaires dans la lutte contre la syphilis congénitale.

2 2

2

2 2

2

2

2

2

OBSERVATIONS	DATE DE NAISSANCE	SIGNES CLINIQUES	SIGNES RADIO-LOGIQUES	SEROLOGIE			AUTRES SIGNES BIOLOGIQUES	EVOLUTION
				ENFANT	MERE	PERE		
I	7.7.1970	-Aspect dysmorphique et Dysmature - Sclérème de la face et des Membres Inférieurs - Hépatosplénomégalie-Hypotonie		Non faite	Positive	Négative		Décédé le 9.7.1970 2 jours après sa naissance
II	15.6.1970	Mort-né macéré		Non faite	Positive	Non faite		
III	8.7.1970	- Prématurité-Coryza-Splénomégalie - Pemphigus palmo-plantaire		Positive	Positive	décédé		Décédé 3 jours après la naissance malgré traitement
IV	1.5.1969	-Prématurité-Hypotrophie - Ictère néo-natal - Hépatomégalie	Osteochondrite Fractures métaphysaires (ostéomyélite)	Positive	Positive		-Anémie sévère -Fonctions hépatiques perturbées.	Aggravation de l'E.G. Décédé le 9.7.1969 malgré le traitement
V	Février 1968	-Coryza purulent-Hépatosplénomégalie -Atrophie optique bilatérale -Surdité unilatérale droite - Eruption "syphilides".	Ostéochondrite Périostite en gainante Ostéomyélite	Positive	Positive	Positive	-Anémie -Fonction Hépatiques perturbées -BW -L.C.R.Positif	Bonne évolution clinique et radiologique après traitement
VI	13.4.1969	-Pseudarthrose de la jambe - Hépatomégalie	-Ostéochondrite -Périostite	Positive	Positive	Positive		Evolution séquellaire Psudarthrosique malgré traitement intense et répété
VII	Janvier 1970	-Impotence fonct.des Mbres. - Inf. et Mbre Sup. G. -Paleur intense des téguments -Hépatosplénomégalie -Eruption face et fesses	-Ostéochondrite -Périostite en nante	Positive	Positive	Positive		Bonne évolution clinique et radiologique après traitement
VIII	Avril 1970	-Prématurité - Coryza -Pseudo-paralysie du membre supérieur droit Splénomégalie	Ostéochondrite Périostite ossi- Ostéomyélite	Positive	Positive	Négative	Pas d'anomalies hématopoïétiques ou hépatiques	Actuellement Récupération fonctionnelle du Mbre Sup. droit Bonne évolution des signes radiologiques après traitement
IX	15.3.1968	-Somnolence -Convulsions -Hypotonie - Hépatomégalie	Périostite en gainante	Positive	Négative (avait reçu au paravant de ATB)	Non faite	LCR: 30 élé/mm3 F.O: oedème bilaté- EEG: Souffrance cérébrale diffuse	Retard de développement psycho-moteur Convulsions Disparition de la périostite
X	Janv. 1971	-Prématurité-Hypotrophie -Ictère néo-natal -Hépatomégalie	Ostéochondrite	Négative	Négative (traité au 7è mois de grossesse M.d'U de Péni/Pend.	Positive	Bilirubénémie augmentée	Décédé 7 jours après son hospitalisation malgré traitement

Les deux premières observations concernent deux malades chez qui, la syphilis congénitale probable n'a pu être suspectée par la clinique et prouvée par les réactions sérologiques. Mais la survenue d'accidents fâcheux, pendant la grossesse dans un cas, après la naissance dans l'autre, ont suscité l'enquête familiale.

Les antécédents des parents et surtout le sérologisme maternelle franchement positive, en permettaient nettement le diagnostic de syphilis congénitale fœtale.

OBSERVATION N° 1 /

Le 1er cas concerne un bébé du sexe masculin, né le 7 Juillet 1970, à la Maternité de Mustapha, d'un accouchement normal. Le poids de naissance est de 2,980 kg, l'indice d'apgar est de 4/10. L'état de l'enfant est franchement mauvais : outre l'aspect dysmorphique et dysmature, il présente un sclérème important au niveau de la face et des membres, l'abdomen, peu souple, permet de percevoir un foie et une rate supérieures à la normale.

Le rythme cardiaque est à 120 pulsations par minute; les plagues pulmonaires sont encombrées, mais on ne note pas de cyanose. L'examen neurologique montre un tonus très diminué, des mouvements à peine esquissés, pas de réflexes archaïques.

Des examens complémentaires demandés, on ne dispose que du temps de coagulation : 6 minutes, et du temps de saignement : 8 minutes.

L'enfant reçoit de la pénicilline, des corticoïdes et un traitement tonicardiaque.

Il décède deux jours après sa naissance : sclérème très dur et épistaxis.

L'interrogatoire des parents révèle qu'il s'agit d'un mariage consanguin, que la mère ayant eu un avortement à deux mois et demi, un prématuré mort-né à 7 mois, s'est traitée, pour infection gynécologique, au 7^e mois de la 3^e grossesse, dont est né notre malade. Par ailleurs, la notion de maladie vénérienne, remontant à plus d'un an, est évoquée chez le père, qui a reçu des antibiotiques.

Ces données font pratiquer des examens sérologiques chez les parents. Les résultats sont positifs chez la mère : (15.6.70) :

D.W.: +++; Kline: +++; V.D.R.L.:+++

La sérologie du père est négative.

OBSERVATION N° 2 /

Le 2^e cas est celui d'une femme âgée de 18 ans, première geste, admise à la Maternité de Mustapha le 15 Juin 1970, pour grossesse à terme, en début de travail. L'accouchement se produit une heure et demie plus tard, de façon normale, avec expulsion d'un enfant féminin mort-et macéré, pesant 2,200 kgs.

Cela fait suspecter la syphilis et l'on pratique un examen sérologique chez la mère :

B.W. +++; Kline: +++; V.D.R.L.:++

Contrairement aux deux précédentes, l'observation suivante, également de pronostic fâcheux, est intéressante non pas du point de vue diagnostique, mais du point de vue clinique : le malade présente une lésion syphilitique caractéristique, rencontrée rarement.

OBSERVATION N° 3/

L'enfant S.... Mouloud est né, le 8 Juillet 1970, d'un accouchement prématuré, pesant 2,400 kgs.

A l'examen, on note une éruption, faite d'éléments papulo-bulleux dont certains, crevés, laissent sourdre une sérosité louche et hémorragique. Cette éruption siège exclusivement aux régions palmo-plantaires; il s'agit d'un pemphigus palmo-plantaire. Au niveau du nez, on remarque l'existence d'un coryza sanguinolent, avec croûtes adhérentes, obstruant plus ou moins complètement les narines, dont le pourtour est tuméfié (Fig 6).

La région anale a un aspect érythémateux, érosif. Par ailleurs, il existe une splénomégalie de deux travers de doigt.

Le pemphigus palmo-plantaire fait





Fig. 6 : Pemphigus Palmo-Plantaire
chez un nouveau-né.

Évoquer l'origine syphilitique. Les réactions sérologiques sont demandées chez l'enfant et la mère.

- 1.1.1. L'enfant : Kober +++; Klinc :+++; V.D.R.L. ++

- 1.1.1. La mère : Kober +++
Klinc :+++; V.D.R.L. ++

Les radiographies des membres, de très mauvaise qualité, ne permettent pas de conclure à l'absence de lésions osseuses.

La ponction-biopsie du foie et de la rate ne révèle pas d'altérations spécifiques des parenchymes hépatique et splénique.

Le diagnostic de syphilis congénitale précoce est posé. Le traitement suivant est institué :

- 2è et 3è jour de la naissance :
Pénicilline 50.000 unités par jour, Colimycine 250.000 unités, Tédarol et heptamyl.

- 4è jour : on double la dose de pénicilline. Le malade présente une pâleur intense, une dyspnée importante. Il décède le jour même, soit le 11 Juillet 70.

La syphilis congénitale précocce peut déterminer des lésions multiples à riche symptomatologie. Tel est le cas des deux exemples suivants qui sont, par ailleurs, intéressants sur le plan évolutif.

OBSERVATION N° 4/

Il s'agit d'un M.... Aich, né le 4. 5.1969, admis à la Clinique Médicale Infantile, le 5.6.1969 pour icterus néonatal. Cet icterus est apparu au 9^e jour après la naissance chez un prématuré de 8 mois, pesant 2,050 kgs.

L'enfant est alimenté au sein; ses parents sont vivants et apparemment bien portants.

À l'examen clinique, on note une hypotrophie, un icterus généralisé, intense des téguments et des muqueuses. L'abdomen est ballonné avec ébauche de circulation collatérale en présence d'une tige ombilicale. On ne retrouve pas d'ascite. Mais il existe une hépato-splénomégalie.

L'examen cardio-vasculaire est normal, ainsi que l'examen neurologique, cependant on observe une hypotonie des membres qui sont flasques.

Devant ce tableau d'ictère néo-natal, avec hypotonie, ballonnement abdominal, le diagnostic de myxœdème congénital est soulevé, et des radiographies du squelette sont demandées. C'est alors que les radiographies osseuses montrent les lésions typiques d'ostéochondrite, avec alternance de bandes sombres et de bandes claires, associées à des fractures pathologiques, notamment au niveau de l'extrémité supérieure du tibia droit. (Fig. 7). La constatation de ces lésions osseuses fait évoquer le diagnostic de syphilis congénitale; le B.W. demandé chez l'enfant et la mère s'avère positif +++.

D'autres examens complémentaires sont demandés pour compléter le bilan :

- La bilirubine totale est augmentée avec prédominance de la bilirubine conjuguée : 80/108 mg.

- Les réactions de flocculation sont perturbées : Hanger +++ Mac Lagan 52 U vermes.

- Taux de prothrombine : 46 %

- L'électrophorèse des protéides à un profil sub-normal.





Fig. 7 : Lésions d'ostéochondrite
avec signe de Winberger

- La numération de formule sanguine indique une anémie importante à 2.000.000 de G.R.

- V.S. : 144 : 145

- La ponction de moelle montre une hypocellularité globale mais absence d'atypies cellulaires.

- Sur 1 plan rénal : l'urée est de 0,50 g/l - Absence d'alburinurie.

Le diagnostic de syphilis congénitale précoce avec atteinte hépatique, anémie, et lésions osseuses d'ostéochondrite, est posé. L'enfant est soumis, trois jours après son admission, au traitement suivant :

- Pénicilline intra-musculaire 200.000 unités/jour pendant 21 jours.

- Rovamycine 150 mg/jour pendant 26 jours

- Bactisubtil 2 ampoules / jour

- Cortancyl 3 mg/jour pendant 32 jours.

- Vitamine K1 1 ampoule/ jour.

Malgré le traitement et les transfusions sanguines, l'état général de l'enfant ne s'améliore guère, l'anémie persiste, les fonctions hépatiques restent perturbées, l'enfant est décédé subitement le 9/7/1969.

OBSERVATION N° 5/

Le bébé H..... Mohamed, sans antécédents pathologiques personnels ou familiaux, a présenté durant 6 jours un syndrome respiratoire; il est traité en ville par des antibiotiques, sans résultats. Il est alors hospitalisé, en Clinique Médicale Infantile, le 23 Mars 1968.

A l'entrée, il s'agit d'un nourrisson de 42 jours, pesant 3,900 kgs, présentant un tableau de bronchiolite septique sans anomalie radiologiques.

- une hépato-splénomégalie de 2 travers de doigt, sans signe d'effacement cardiaque.

- Un souffle mésosternal de faible intensité, E.C.G. tracé dans les limites de la normale

- Pas d'anomalies cliniques squelettiques

- Examen neurologique normal

- Une hypertrichose, des éléments papuleux, équeux sur les membres, au niveau des plis de flexion, et un coryza purulent bilatéral. La numération sanguine indique une anémie, avec érythroblastose et myélémie et une leucocytose.

- Les urines ne contiennent aucun élément anormal.

L'enfant est traité pour une pneumopathie dyspnéisante; il reçoit :

- Pénicilline 6 millions d'unités,

- Terramycine 125 mg analeptiques, sous forme de perfusion pendant quatre jours, et des transfusions pour son anémie.

Une semaine après l'admission, on s'aperçoit que le nourrisson ne semble pas suivre du regard, mais les reflexes photomoteurs sont présents. En outre, il ne semble pas entendre du côté droit. Le diagnostic d'atrophie optique bilatérale avec atresie vasculaire et aspect poivre et sel du champ rétinien, est porté par les ophtalmologistes.

Devant l'association de l'hépatosplénomégalie avec un déficit optique et surdité unilatérale, le diagnostic de syphilis congénitale est soulevé. Les réactions sérologiques sont demandées, ainsi qu'un squelette entier.

Dans le sang : B.W. Kolmer: +++,
Kline : +++ titre 32, V.D.R.L. +++

Le test de Nelson n'a pu être obtenu de même que la réaction d'immunofluorescence.

Dans le L.C.R.

- l'albuminoréchi. est à la limite supérieure de la normale

- pas d'éléments anormaux

- Le B.W. est étiqueté : +++

- Le bijnoin colloïdal n'a pu être fait.

Les radiographies osseuses confirment l'existence d'une atteinte spécifique : il s'agit d'une périostite engainante bien visible au niveau du membre supérieur gauche et les deux membres inférieurs, avec association d'un processus d'ostéochondrite avec condensation en forme de fin liseré (alternance de bandes transversales, à direction irrégulière, fortement opaques, séparées par des bandes transparentes et présentant des épérons ou des spicules plus ou moins nets. L'agrandissement des deux genoux révèle l'existence d'images lacunaires au niveau du bord interne de l'extrémité supérieure du tibia droit surtout (signe de Winberger).

D'autres examens complémentaires sont demandés pour compléter le bilan de syphilis congénitale, récurrente.

- Persistance de l'anémie

- Thrombopénie oscillant entre 60.000 et 100.000 plaquettes/mm³

- Crase s inguinale : T.S : 2'30"

T.C : 6'

- Ponction médullaire : moelle normale

- Tests hépatiques perturbés :

.Hanger: + - Mac Lagan :7,1 U.

vermes

. Prothrombine 20 %

. Transaminases normales, ainsi que B.I. et B.D.

Ponction-biopsie hépatique : importante ballonnisation des hépatocytes avec accentuation des limites cellulaires; début de fibrose diffuse. Dans le cytoplasme de certaines cellules, présence de quelques filaments en spirale. E.E.G. normal.

Les éléments cutanés sont analysés à la lumière du diagnostic soulevé : il s'agit de papules, polymorphes ("Syphilides papuleuses"), d'un rouge violacé, disséminées sur tout le corps. On ne retrouve pas de condylome anal, mais des fissures anales radiales, pas de périonyxis.

Mère : B.W. Kolmer: +++; Kline: +++
titre 64 ; V.D.L.R. +++

Père: B.W. Kolmer: +++; Kline: +++
titre 16 ; V.D.L.R. +++

Le diagnostic de syphilis congénitale précoce est posé, avec hépatite, ostéochondro-



périostite et atteinte sensorielle.

Il me fut pas indispensable de traiter l'enfant puisqu'il avait déjà reçu des doses massives de pénicilline dont le total dépasse la dose requise pour un traitement de syphilis congénitale.

Dans l'évolution le nourrisson a présenté une splénomégalie de plus en plus importante, avec syndrome hémorragique intercurrent qui fait craindre un début d'hypertension portale et une fâcheuse évolution de l'hépatite. Malheureusement, le bébé fut repris par la famille, le 15 Mai 1968

6 mois plus tard, l'enfant est réhospitalisé pour broncho-pneumopathie avec insuffisance cardiaques .

Sur l'aspect syphilitique, on note une très bonne évolution clinique, radiologique et sérologique.

L'hépatosplénomégalie a regressé; l'anémie a disparu. La sérologie est négative; le LCR normal.

Cette observation de syphilis congénitale précoce polyviscérale est intéressante à plus d'un titre:

- La richesse de la symptomatologie syphilitique dont le tableau clinique a été quelque peu modifié par un traitement mal adapté.

- L'état du malade, faisant craindre une évolution fâcheuse, au moment où il est repris par ses parents et la nette amélioration constatée six mois après.

Deux points confèrent un intérêt particulier à la sixième observation: la réalité d'une ostéite syphilitique attestée dès la naissance et l'atteinte exclusive d'une seule pièce osseuse par le processus spécifique.

OBSERVATION N° 6/

B..... Salima est née à la Maternité de Mustapha le 13 Avril 1969, sans incident d'ordre obstétrical, pesant 3,500 kgs.

A l'examen, on note un raccourcissement du membre inférieur droit, avec déformation de la jambe ; elle décrit un arc franc ouvert en avant et fait croire que le tibia est subluxé sur le fémur.

On retrouve également une hépatomégalie modérée . Par ailleurs, absence de lésion cutanée ou muqueuse.

Signalons que chez le père, l'existence de quelques végétations en crête de coq, bilatérales, sur les grandes et petites lèvres, est remarquée. Les lésions constatées chez l'enfant et la mère incitent à demander une radiographie de la jambe, qui montre un ensemble d'anomalies, modifiant profondément l'organisation des pièces osseuses. Le péroné, indemne, est disjoint d'avec le tibia. Ce dernier présente des altérations considérables.

Réduit à l'état de batonnêt mince et court, il a perdu son profil anatomique normal. L'épiphyse supérieure a la dimension d'un gros grain de plomb irrégulier, à la métaphyse correspond une mince bande de condensation osseuse, à limite sinueuse, au dessous de laquelle, l'os prend une apparence en "sucre" mouillé ". L'épiphyse et la métaphyse inférieures ne se discernent plus et l'os semble prendre dans le vide. La diaphyse paraît constituée de strates osseuses; elle est en outre engainée dans un surtout de périostite condensant. (Fig. 8).

Par ailleurs, il n'existe aucune image lacunaire, aucune autre lésion décelable sur une autre pièce du squelette.

On demande également les examens sérologiques, chez l'enfant :

Kolmer : ++; Kline : +; Titre 2, V.D.R.L. : ++

Se surajoutant aux données radiologiques, et sérologiques, l'enquête familiale apporte une utile contribution au diagnostic.

Sérologie de la mère :

Kolmer : ++, Kline : ++; titre 8; V.D.R.L. ++

L'enquête de la parologie est positive (Kolmer : +, Kline ++, V.D.R.L. ++),



Fig. 2 : Ostéite arthritique associant ostéoporose et périost condyliens, chez un jeune adulte.

a été atteint, en janvier 1967, d'une double ulcération de la verge, et a reçu à cette occasion, six injections de Bipénicilline. De ce ménage sont nés trois enfants, un garçon en 1966, donc avant l'accident survenu chez le père, l'examen clinique et sérologique est négatif, une fille née en 1968, décédée à l'âge de 6 mois d'entérite aiguë, la petite Salima dont nous rapportons l'histoire. Salima a reçu en 24 jours, à doses initialement croissantes et, au début sous couvert de corticoïdes, au total 12.000.000 unités de Pénicilline.

Ce traitement a été parfaitement supporté, lorsque les parents ont repris leur enfant, aucune modification de l'état des os de la jambe n'est appréciables sur les radiographies, avec réactions sérologiques inchangées : Kolmer : ++, Kline quantitatif, titre 1, V.D.R. L. : ++.

Cette fillette a été revue cinq mois et demi plus tard. Le développement est très satisfaisant, aucun incident de santé. Sur les radiographies s'apprécie des signes certains d'amélioration des lésions tibiales, mais des altérations osseuses très importantes persistent encore. Le tibia figure encore un mince tronc, mais les stratifications de la diaphyse et l'image de périostite condensante

ont disparu. L'épiphyse supérieure s'est reconstituée, sans processus de même ordre sur la métaphyse. De l'épiphyse et de la métaphyse inférieures, on ne perçoit aucune trace.

L'enfant est revue pour la troisième fois, de la clinique Médicale Infantile, où elle a été hospitalisée, en Mai 1970, pour pneumopathie droite. Les lésions osseuses sont stationnaires. La sérologie est négative. A sa sortie, Salima est adressée à la Consultation de Chirurgie Infantile, pour traitement orthopédique ultérieur. Mais l'avenir de la malade semble, sur le plan fonctionnel, dès maintenant compromis.

Les syphilis congénitales paucisymptomatiques sont relativement les plus fréquentes., notamment les localisations osseuses. Les signes radiologiques évoluent généralement très favorablement . Les trois avant dernières observations semblent confirmer ces constatations.

OBSERVATION N° 7/

L'enfant K..... Djamel, né le 26 Janvier 1970, à Alger, est adressé à la Clinique Médicale Infantile, le 16 Avril 1970, par le service de Chirurgie Infantile, où ses parents l'ont fait consulter, parce que quinze jours auparavant, leur fils criait quand ils lui allongeaient les membres inférieurs, et il bougeait difficilement le bras gauche; alors que tout ceci n'existait pas à la naissance. La consultation de la C.C.I., ayant constaté l'existence de lésions osseuses sur les radiographies des membres inférieurs, décide de faire un plâtre pelvi-pédieux bilatéral et pratiquer un B.W. qui s'est révélé positif.

Ainsi l'affection syphilis congénitale est-elle évoquée et l'on décide de poursuivre les investigations pour confirmer le diagnostic.

L'interrogatoire des parents nous apprend que c'est leur premier enfant, né d'une grossesse contrôlée par une sage-femme, mais aucun examen de laboratoire n'a été pratiqué. L'accouchement s'est déroulé sans aucune anomalie; l'enfant a crié aussitôt et n'a pas eu d'affections néo-natales. Il est nourri au sein durant deux mois puis au lait artificiel, 6 biberons de 100 gr par jour. L'évolution montre une prise de poids, un développement normal : l'enfant tient sa tête, sourit et arrive à tenir des objets. Par ailleurs on ne décèle aucun fait intéressant dans les antécédents des parents.

A l'entrée, il s'agit d'un nourrisson de trois mois, pesant 4,300 kg, ayant 54 cm de taille, qui présente une immobilisation douloureuse des membres inférieurs et supérieur gauche : une pâleur des téguments intense, ainsi qu'une éruption de la face et des fesses.

L'examen cardio-pulmonaire est normal. On note une hépatomégalie de trois travers de doigts et une petite splénomégalie.

L'examen de l'appareil ostéo-articulaire montre une incurvation des deux jambes et des deux avant-bras.

L'examen neurologique est normal.



Les radiographies des membres montrent un épaississement de la ligne d'ossification avec une bande claire sous-jacente. Les épiphyses inférieures des deux fémurs sont élargies, évoquant l'existence de fractures. De plus, on observe des appositions périostées engainant toute la diaphyse, surtout au niveau des fémurs et tibia (Fig. 9 et 10).

Les tests sérologiques répétés chez l'enfant donnent les résultats suivants :

Le 10.4.70 : Kolmer ++; Kline ++; V.D.R.L. ++

Le 17.4.70 : Kolmer ++; Kline ++; quantitatif titre 2; V.D.R.L. ++

La sérologie est également positive chez les parents :

La mère : Kolmer ++; Kline + titre 1; V.D.R.L. +

Le père : Kolmer ++; Kline ++ titre 2; V.D.R.L. +.

D'autres examens complémentaires sont demandés chez l'enfant :

La formule de numération sanguine montre les chiffres suivants :

Hb 41 % -- Ht 21 % -- GR 2.310.000
GB 12.200



Fig. 9 :

Fig. 10 :



- Épaississement de la ligne d'ossification
- Elargissement des épiphyses inférieures des deux fémurs
- Périostite engainante des diaphyses.

Hématies nucléus 1% - Plasmocytes 3 - Myélocytes 2.

La crase sanguine : T.S. 3'30"
T.C. 6'30" Plaquettes 172.000

Le taux de prothrombine 41%
Le fibrinogène 6g/l.

Les autres examens hépatiques sont normaux.

L'immunodélectrophorèse des protéides montre une discrète augmentation des alpha-2 et des gammaglobulines.

Le bilan rénal est négatif : albuminurie et test d'Addis négatifs.

Le cytoplastique médullaire montre une moëlle active, aucune atypie cytopathologique.

Le L.C.R. est clair avec cytologie normale.

Au fond d'oeil, on ne retrouve aucune lésion en rapport avec la syphilis.

Autotal, chez ce nourrisson de 3 mois, les signes cliniques et radiologiques ont permis l'orientation du diagnostic de syphilis congénitale, qu'a confirmé la sérologie.

Le traitement, institué 2 jours

après l'admission de l'enfant, est le suivant :

- Pénicilline à la dose totale de 2.000.000 unités, réparties sur 24 jours, les 4 premiers jours : 1.000 unités, 3.000, 10.000, 50.000 unités.

- Cortancyl 1 mg/jour pendant toute la durée du traitement.

Par ailleurs, l'anémie a nécessité de petites transfusions sanguines.

Cette cure de pénicilline, bien supportée, est suivie d'une amélioration clinique: l'enfant mobilise bien ses membres et ne présente plus de douleurs. Sur le plan radiographique, les lésions n'ont pas régressé.

Le 25 Mai 1970, on observe l'apparition d'un syndrome infectieux, avec altération de l'état général et diarrhées. Le sérodiagnostic du Widal est positif à un taux de 1/400 pour les antigènes O et H, salmonella para-typhi para B.

L'enfant est mis sortant le 16 Juin 1970, après guérison de la salmonellose.

OBSERVATION N° 8/

Il s'agit de K.... Samir âgé de deux mois et demi, qui a été admis en Pédiatrie de l'A.N.P. d'Alger, le 26.6.70 pour :

Pseudo-paralysie du membre supérieur droit.

Dans les antécédents, on note qu'il est issu d'une grossesse qui a été menacée à deux reprises, vers le 3ème mois et 5ème mois, ayant été préservée par un traitement médical. L'accouchement s'est déroulé dans une clinique, il a donné naissance à un prématuré de sept mois et demi, qui a crié aussitôt, n'ayant nécessité aucune réanimation, le poids de naissance est de 1,800 kg. L'enfant, nourri au lait maternel, est régulièrement suivi, sa courbe de poids semble satisfaisante. Cependant, en plus du catarrhe oculaire, remarqué dès la naissance, un coryza léger et de la toux apparaissent, et quinze jours avant son admission, le bébé a présenté une ~~impotence~~ fonctionnelle du membre supérieur droit. A l'entrée, l'enfant pèse 3,600 kg, apyrétique, présente une attitude particulière du membre supérieur droit; qui est flasque. La main est tombante, en

pronation, faisant avec l'avant-bras un angle droit . Il existe de légers mouvements au niveau du poignet.

On ne remarque pas de lésions péri-orificielles et cutanées. Par contre, on constate une splénomégalie de trois travers de doigts. Par ailleurs, le reste de l'examen est normal.

Devant ce tableau, apparu chez un prématuré , présentant un cataracte oculaire depuis sa naissance , puis

un coryza, groupant une pseudo-paralysie du membre supérieur droit, et une splénomégalie, la maladie de Parrot est évoquée, et l'on demande les différents examens radiologiques et sérologiques, afin de confirmer le diagnostic.

Les radiographies osseuses révèlent l'existence d'une périostite ossifiante au niveau des fémurs, tibias et humérus. Les métaphyses proximales des tibias, fémurs et radius droit, les métaphyses distales humérales présentent des foyers de destruction. Les lignes de calcification ne sont que peu épaissies. En plus, sur les tibias, on note des encoches du bord interne de la métaphyse supérieure : Signe de Winberger. (Fig. 11 et 12).

A ces données cliniques et radio-





Fig. 11: Foyer de destruction aux métaphyses distales humérales.



Fig. 12: Encoche au niveau des bord interne des tibias: Signe de Winbergner
Périostite ossifiante diaphysaire.

logiques viennent s'ajouter celle des réactions sérologiques.

Test du 26.6.70 Kolmer++++; Reiter ++
Kline ++

Test du 8.7.70 Kolmer +++ ; Reiter ++
Kline ++++ quantitatif + au 1/64

La numération de formule sanguine est normale.

La vitesse de sédimentation - 76 mm/1 heure - 110mm/2 heures - absence d'albuminurie dans les urines - fond d'oeil normal.

Pas d'anomalies à l'examen O.R.L.

L'E.E.G : "tracé sans anomalies majeures, à noter le peu de réactions aux stimulations auditives (déficit sensoriel?).

Par ailleurs, on procède à l'enquête familiale qui s'avère négative sur le plan clinique et sérologique, chez le père et le frère aîné de Samir, par contre, chez la mère on retrouve l'existence, un an auparavant, d'une éruption squameuse de la paume des mains, le B.W. est positif.

Kolmer : +++, Reiter: +++, Kline : +++ quantitatif 1/4. Le B.W. systématique pratiqué chez son second frère, âgé d'un an, qui ne présente aucune manifestation clinique, est positif.

Kolmer :+++, Reiter:++, Kline :++
quantitatif 1/2. On décide de traiter cette
syphilis sérologique, l'enfant a reçu en
14 jours, au total, 2.550 unités de Pénicil-
line, plus le tédarol, une cuillère à café
pendant les 4 premiers jours. Le B.W. de con-
trôle après traitement est négatif.

Quant à notre malade, il a reçu des
frictions à l'onguent gris napolitain pen-
dant 10 jours, et par la suite de la pénicil-
line à la dose de 200.000 unités/kg au to-
tal, répartie sur 13 jours.

À la fin du traitement, l'état cli-
nique de Samir est satisfaisant, le membre
supérieur droit reste moins mobile que le
gauche, mais il y a une nette amélioration
par rapport à l'entrée, la rate est à peine
perceptible. On décide sa sortie, avec l'in-
tention de le revoir dans un mois, pour un
nouvel examen clinique, radiologique et sé-
rologique, le dernier B.W. du 31.7.70, mon-
trant : Kolmer +++, Reiter +++, Kline ++++
quantitatif 1/32.

Une 2ème cure de pénicilline est en-
treprise un mois après la 1er cure :
200.000 unités par jour, pendant 18 jours.

L'enfant est revu à la fin de cette
seconde cure : Il mobilise facilement son
membre supérieur droit. Les radiographies

montrent une très importante regression des signes d'ostéochondrite et des images de périostite.

Les réactions sérologiques n'ont pas été refaites.

Au total, il s'agit d'une maladie de Parrot chez un bébé de deux mois et demi qui a évolué favorablement sous traitement.

OBSERVATION N° 9/

K.... Réda, prématuré de 7 mois et demi, né le 15 Mars 1968, admis en Clinique Médicale Infantile, le 30 Juillet 1968 pour Gastro-entérite, et troubles respiratoires.

Dans les antécédents on apprend : grossesse non surveillée, accouchement sans incident obstétrical.

Depuis 2 jours, apparition de température, vomissements, diarrhées et convulsions. A son admission, notre malade, âgé de 4 mois et demi et pesant 6 kg, présente un fébricule, des signes de déshydratation aiguë avec polypnée et cyanose. On constate une hépatomégalie de 2 travers de doigt, un encombrement bronchique, pas d'anomalies cardiaques.

Réapparition dans le service des convulsions, avec prédominance au niveau de l'émicorps droit.

La P.L. du 1er Août 1968 montre 30 éléments par mm³ avec 9% de lymphocytes, aspect du L.C.R. et résultats de la chimie non mentionnés; pas de sérologie du L.C.R. la N.F.S. révèle une leucocytose à 19.800 avec 70% de polynucléaires, pas d'anomalie la V.S. est normale, la calcémie 88mg %.



Les examens de la crase sanguine sont normaux. Au F.O. oedème papillaire bilatéral, plus marqué à droite.

E.E.G. tracé globalement très altéré, souffrance cérébrale diffuse (aucune anomalie en foyer n'est mise en évidence).

Cliché thoracique est normale. Les radiographies des poignets montrent l'existence d'une périostite engainante. Cette découverte radiologique incite à demander les réactions sérologiques dont les résultats ne seront connus que bien plus tard, après la sortie de l'enfant. Celui-ci présente, tout au long de son séjour de 25 jours, des convulsions, il est traité pour méningite purulente : Pénicilline 3 millions par jour pendant 23 jours,

Gantricine - Solnicol - corticothérapie.

La P.L. du 22 Août 1968 :

- L.C.R. à aspect trouble
- Cyto - chimie normale.

L'enfant sort le 25 Août 1968 la connaissance du B.W. positif (Kolmer:+, Kline +, V.D.R.L. +) fait décider une deuxième hospitalisation de l'enfant pour procéder à un nouveau bilan radiologique et sérologique : (date d'hospitalisation : 10 Janvier 1969).

- Les réactions sérologiques sont négatives.

- Disparition de la périostite.

- La sérologie de la mère est négative (elle a reçu des doses massives de pénicillines lors de l'accouchement).

Nous avons revu l'enfant en Juillet 70, il est âgé alors de 26 mois, il ne peut se maintenir à la station assise ou debout, sa tête tombant en arrière il présente une palour intense et, selon la mère, des crises chroniques de temps à autre.

La sérologie dans la syphilis congénitale, à la naissance, peut représenter une source importante d'interprétation. Il est bon d'en connaître les limites et de savoir qu'on ne peut se fonder sur elle seule, comme nous le verrons dans la dernière observation.

OBSERVATION N° 10/

Il s'agit de B.... Adel, adressé par le médecin traitant, à la Clinique Médicale Infantile, pour suspicion de syphilis congénitale.

A l'interrogatoire des parents, on apprend qu'il est né d'un accouchement normal, pesant moins de deux kilogs, avec cyanose et dès le premier jour de sa naissance, il présente un ictère généralisé qui a regressé par la suite.

On apprend également que la sérologie des parents faite le 29 septembre 1970, était positive, que la mère avait été traitée au septième mois de la grossesse, par de la pénicilline à raison de 1.000.000 d'unités par jour, pendant une semaine. Par ailleurs, la mère a eu quatre autres grossesses; les quatre frères de notre malade sont vivants et bien portants.

A l'entrée, le bébé âgé de quinze jours, présente une altération de l'état général, avec anorexie. A l'examen, on note une hypotrophie, une hépatomégalie de deux travers de doigt; il n'existe ni splénomégalie, ni coryza, ni éruption cutanée, ni manifestations cliniques osseuses.

Mais les radiographies des membres montrent l'existence des lésions d'ostéochondrite, avec épaissement de la ligne épiphysaire et bande claire sous-jacente, bien visible surtout au niveau des extrémités inférieures des fémurs et des extrémités supérieures des tibias.

- La sérologie de l'enfant est négative

- La bilirubine totale à 36 mg (dont 34 mg de bilirubine libre)

- Groupe sanguin : B Rh positif.

- On ne dispose pas de formule sanguine, ni des autres explorations hépatiques ni de la P.L.

Les réactions sérologiques contrôlées chez les parents montrent les résultats suivants :

Père : B.W. Kolmer :++; Kline ++;
V.D.R.L. +

Mère: Sérologie négative.

Son groupe sanguin :

AB Rh positif.

Au total, il s'agit d'un bébé de quinze jours, dont les parents ont été reconnus syphilitiques (la mère ayant été incorrectement traitée), qui présente un état général altéré, une hypotrophie, une hépatomégalie, des lésions osseuses d'ostéochondrite, avec une sérologie négative.

Malgré cette négativité sérologique, on retient le diagnostic de syphilis congénitale précoce, se basant sur les éléments anamnesticques (syphilis maternelle pendant la grossesse) et sur les données cliniques (prématurité, ictère néo-natal, hypotrophie, hépatomégalie et atteintes osseuses d'ostéochondrite).

Le traitement spécifique est institué quatre jours après l'admission du malade qui reçoit : 5.000 unités par jour de pénicilline. L'état général s'altère de plus en plus, le poids chute de 1,900 kg à 1,700 kg une semaine; l'enfant décède au troisième jour du traitement, soit le 25.I.1971.

- C O M M E N T A I R E S -

- - - - -

Examinons à présent, à travers l'ensemble de nos observations, les tendances actuelles de la syphilis congénitale précoce à Alger. Auparavant faisons remarquer qu'il ne s'agit que des cas hospitalisés et diagnostiqués, alors que les cas méconnus doivent être plus nombreux.

I - LES DONNÉES ETIOLOGIQUES mettent en évidence quelques points importants :

- La syphilis congénitale qui semblait, durant une quinzaine d'années (1953 - 1968), avoir disparu des services de maternité et de pédiatrie, se manifeste de nouveau, depuis 3 ans, d'une façon progressive (2 cas observés en 1968, 2 autres en 1969, 5 en 1970 et 1 cas pour le début de 1971). Cette recrudescence de la syphilis congénitale s'explique sans doute par la poussée contemporaine de l'endémie syphilitique dans notre pays.

- En ce qui concerne la syphilis parentale, elle est retrouvée dans presque tous les cas chez les mères: 8 ont une sérologie franchement positive, la neuvième et la dixième ayant été traitées par des an-

antibiotiques. La sérologie du père est négative dans 2 cas, positive dans 4 cas, non pratiquée 4 fois.

La situation familiale comporte neuf ménages réguliers et une mère veuve.

- Fait capital, dans neuf cas sur dix, la syphilis du nourrisson n'a pas été évoquée par la syphilis maternelle. Ceci démontre l'absence totale des mesures prophylactiques dans notre pays et, par là, se comprend la gravité de l'affection pour nos malades qui n'ont pu bénéficier d'un traitement dans les meilleurs délais.

Aussi ne nous a-t-il pas été permis de constater toutes les failles possibles du dépistage de la syphilis gravidique. Rappelons avec PAUPE, que la recrudescence de la syphilis congénitale s'explique par :

1 - La délivrance de certificats de complaisance au cours de la grossesse et des examens prénuptiaux,

2 - L'insuffisance ou l'absence de traitement d'une syphilis maternelle pourtant détectée pendant la grossesse. C'est le cas de notre dixième observation, où la mère a été traitée durant une semaine par de la pénicilline: 1.000.000 d'unités par jour.

3 - Les contaminations tardives

au cours de la grossesse, alors que la sérologie de la mère était négative et ne s'est positivée qu'après l'accouchement.

Des données empruntées à BETHENOD, NIVELON, HARTMAN et PICAUD(1), permettent de penser d'abord que le troisième mois de la grossesse est trop précoce pour la sérologie, il paraîtrait beaucoup plus logique, selon ces auteurs, d'envisager le cinquième ou sixième mois pour le contrôle sérologique. Il apparaît ensuite qu'à l'accouchement, une attention particulière doit être portée à la recherche des résultats de l'examen systématique sérologique et qu'en cas d'imprécision, la sérologie du sang prélevé du cordon ombilical doit toujours être demandée.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier les possibilités de contamination tardive, pouvant s'accompagner d'une sérologie encore négative au moment de l'accouchement .

- Les données concernant les enfants montrent un mort-né macéré, cinq prématurés et quatre nés après terme. Sur les dix enfants, sept sont du sexe masculin.

Il apparaît donc que la syphilis est une cause possible, non exceptionnelle, des accidents de la deuxième moitié de la grossesse, et qu'il faut rechercher systématiquement (43)

Les critères exigés pour envisager une syphilis maternelle sont plus précis. Des antécédents spécifiques récents, une sérologie positive, l'absence de traitement correct, sont des éléments importants.

II - SUR LE PLAN CLINIQUE, un fait mérite d'être, d'emblée mis en relief : la syphilis congénitale précoce se manifeste, dans notre pays, sous toutes ses formes, majeures aussi bien que mineures. Certes les syphilis atténuées, pauci-symptomatiques, restent relativement les plus fréquentes; mais la syphilis poly-viscérale sévère septicémique, de pronostic redoutable n'est plus une éventualité exceptionnelle; puisque nous l'avons observée dans quatre cas sur dix.

Par ailleurs, il paraît intéressant de préciser les circonstances dans lesquelles le diagnostic fut posé et de souligner la valeur sémiologique des différents symptômes rencontrés.

Les observations peuvent se classer en deux catégories :

1 - Nouveau-nés à symptomatologie évocatrice où le diagnostic de syphilis congénitale fut soulevé en premier,

2 - et nouveau-nés à manifestations cliniques atypiques faisant errer le diagnostic

. Observation N° 10 : la syphilis maternelle connue et les signes cliniques ont fait suspecté la syphilis congénitale.

. Observation N° 3 : Le pemphigus palmo-plantaire a orienté rapidement le diagnostic.

. Observation N° 6 : la déformation de la jambe fait soulever le diagnostic de syphilis congénitale précoc.

. Observation N° 8 : la pseudo-paralysie du membre supérieur droit, jointe au coryza et à la splénomégalie, fait poser rapidement le diagnostic de la maladie de Parrot.

. Observation N° 1 : l'aspect de l'enfant, l'hypotonie, l'hépatosplénomégalie ont commandé la pratique du B.W. chez la mère.

Dans les autres cas, avant de reconnaître la syphilis congénitale, on a pensé soit à une septicémie à pyogènes (observation N° 7), soit à une méningite purulente (observation N° 9), soit à un myxoedème congénital (observation N° 4), soit enfin à une pneumopathie (observation N° 5).

Nous constatons que la syphilis congénitale précoc peut poser souvent un problème de diagnostic, par son polymorphisme clinique.

La nature de l'affection n'est reconnue qu'après un délai plus ou moins long.

Il est souhaitable, devant toutes lésions cutanées, viscérales ou osseuses, de penser à l'étiologie syphilitique, autant qu'aux autres affections du nourrisson.

Signalons qu'il existe une autre circonstance du diagnostic de la syphilis congénitale, que nous n'avons pas observée dans nos cas. Il s'agit de nouveau-nés à sérologie positive, mais ne présentant aucune symptomatologie anormale, ne sachant pas si elle représente une simple transmission passive des anticorps, ou témoigne d'une syphilis congénitale a symptomatique. Selon BETHENOD, c'est un problème fréquemment posé: il l'a rencontré trois fois sur huit (1).

La conduite à tenir devant pareil cas est de surveiller l'évolution durant les trois premiers mois. S'il apparaît une sémiologie parlante, l'indication thérapeutique devient formelle. Si aucun symptôme anormal ne se produit, il est nécessaire pour suivre l'évolution d'utiliser les réactions quantitatives pratiquées à intervalles réguliers. A cet égard, il convient d'insister sur la nécessité absolue de pratiquer des réactions quantitatives, notamment la réaction d'immuno-fluorescence, en matière de syphilis congénitale a sympto-

matique : seules les variations ascendantes ou descendantes du titre permettent de poser en toute rigueur l'indication thérapeutique.

Une vue synthétique de la symptomatologie fait reconnaître que les formes rencontrées sont le plus souvent dissociées et incomplètes.

- On peut noter tout d'abord les signes négatifs ; il ne fut jamais constaté de signes rénaux, ni d'hydrocèle avec gros testicule, ni périonyxis.

- Les lésions cutanéo-muqueuses sont retrouvées quatre fois associées de façon variable : trois coryzas, trois éruptions (un pemphigus palmo-plantaire, la seconde constituée de syphilides papuleuses, la troisième n'ayant pas été analysée).

- L'hépatomégalie est retrouvée sept fois. Recherchés dans deux cas, les tests de flocculation sont positifs. L'ictère existe deux fois seulement. Il convient de rappeler la valeur de la positivité des tests de flocculation qui doivent être demandés systématiquement. En effet, selon BETHENOD, "ils signent l'hépatite secondaire dont l'origine syphilitique est quasi-certaine en période néo-natale, exception faite de l'exceptionnelle maladie des inclu-

sions cytomégaliqnes" (1).

- La splénomégalie est rencontrée cinq fois, avec un volume généralement franchement pathologique.

- L'atteinte sensorielle est confirmée dans un cas (atrophie optique bilatérale et surdité unilatérale : observation N° 5).

- Les anomalies du liquide céphalo-rachidien sont constatées deux fois; le B.W. est positif +++ dans le seul cas où il a été fait.

- L'examen hématologique montre également des anomalies fréquentes: trois anémies sévères, quatre leucocytoses à plus de 10.000, une thrombopénie importante, deux myélocytoses

- Les signes osseux ont une grande valeur . Ils existent sept fois sur les dix observations (dans trois cas, la qualité des clichés n'a pas permis une interprétation utilisable):

- cinq fois sous forme d'ostéochondrite,

- cinq fois sous forme de périostite,

- trois fois sous forme d'ostéomyélite dans sa localisation la plus ca-

caractéristique, c'est-à-dire à l'extrémité interne des plateaux tibiaux à la région métaphysaire, réalisent alors avec l'ostéochondrite, un signe pathognomonique de la syphilis : le signe de Winberger. Bien que les signes radiologiques n'ont pas une signification de certitude étiologique, mais étant donné le contexte clinique et dans certains cas par leur présence même isolée, ils prennent une très grande valeur pour étayer le diagnostic et incitent à un contrôle sérologique qui s'est avéré positif dans six cas. Leur importance justifie un rappel d'appréciation de leur valeur sémiologique :

- La périostite est certainement le plus mauvais signe, car elle se rencontre dans plusieurs autres affections. Cependant, il semble légitime de lui accorder une certaine valeur, quand elle est associée à l'ostéochondrite ou à l'ostéomyélite.

- Celle-ci paraît être le meilleur signe, notamment quand elle se localise au bord supéro-interne du tibia.

- L'ostéochondrite, lésion la plus classique, a également une grande valeur dans sa forme avancée (3^e et 4^e stades).

Nous retrouvons les deux conditions d'observation des lésions osseuses :

1 - L'atteinte osseuse a risqué de passer inaperçue dans trois cas (observation N° 4, 5 et 9) si la constatation d'autres signes, cutanés ou viscéraux, n'a pas fait soupçonner la syphilis.

2 - Les lésions osseuses ont été facilement découvertes dans les quatre autres cas, soit parcequ'elles s'accompagnaient de manifestations cliniques propres à la syphilis osseuse (observation N° 6, 7 et 8), soit parce qu'on suspectait, au départ, la syphilis congénitale (observation N° 10).

Par ailleurs, la syphilis osseuse revêt les trois aspects cliniques qui lui sont décrits :

1 - Forme latente, où seul l'examen radiologique, systématique ou suggéré par d'autres signes, permet alors de porter le diagnostic des lésions osseuses (observations N° 4, 5, 9 et 10). C'est l'éventualité la plus fréquente.

2 - Impotence fonctionnelle avec douleur d'un ou plusieurs membres (observations N° 6 et 7).

3 - Maladie de Parrot (observation N° 8).

En définitif, on peut dire qu'aucun des éléments de la sémiologie syphilitique congénitale n'a de valeur absolu, sachant



qu'il peut être provoqué par une autre cause. Néanmoins, par nos observations, soulignons les symptômes qui ont fait et qui doivent faire penser à la syphilis congénitale :

- Parmi les lésions cutanées, si non de toutes les lésions syphilitiques, le pemphigus palmo-plantaire a été incontestablement le signe le plus évocateur de la syphilis.

- Les lésions osseuses, quand elles sont recherchées, sont très importantes par leur fréquence et leur aspect.

- Des signes viscéraux, l'atteinte neurologique (méningitique ou sensorielle) semble être plus évocatrice que l'hépatomégalie et la perturbation des fonctions hépatiques chez un nouveau-né.

III - SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE ET EVOLUTIF :

La syphilis congénitale précoce a mis en jeu le pronostic vital dans quatre cas dont deux malgré le traitement BETHENOD ne compte aucun décès, sur huit cas,. Nous pensons qu'en Algérie, la syphilis congénitale précoce est beaucoup plus grave qu'à l'étranger, pour deux raisons :

4 - D'une part, la maladie est diagnostiquée plus tardivement, ce qui retarde le traitement.

2 - D'autre part, elle affecte des organismes moins résistants, à cause de nos conditions de vie.

Les huit malades traités, ont tous bénéficiés de la pénicilline, mais selon des modalités différentes. Celles-ci sont, en effet, conditionnées par les difficultés de diagnostic que pose souvent la syphilis congénitale. Dans trois cas (observation N° 4, 5 et 9), où le diagnostic a été posé plus ou moins tardivement, le traitement n'a pu être conduit avec la prudence requise.

De ce groupe de malades chez lesquels, les modalités thérapeutiques n'ont pas été respectées, les évolutions opposées de deux malades atteints de syphilis polyviscérale, reflètent d'une façon générale, les résultats thérapeutiques :

- un décès (observation N° 4)
- une évolution favorable : régression complète des lésions syphilitiques (observation N° 5).

La confrontation de ces deux observations montre que l'évolution fatale de la syphilis polyviscérale semble dépendre beaucoup plus du degré de l'atteinte viscérale que de la précocité et de la prudence dans l'institution du traitement.

Le troisième cas de ce même groupe semble confirmer l'opinion des auteurs : l'atteinte neurologique est la forme la plus redoutable, des syphilis localisées, pauci-symptomatiques : observation N° 9 : le malade a été récemment revu, il présente un certain retard de développement psycho-moteur et des convulsions périodiques.

Par contre, les lésions osseuses ont été les plus influencées par le traitement : des cinq cas où elles ont pu être suivies (deux malades étant décédés : observation N° 4 et 10), on note quatre fois une évolution favorable, clinique et radiologique, des signes osseux. Le cinquième cas (observation N° 6) a présenté une évolution séquelle (pseudarthrose de la jambe droite), compromettant l'avenir fonctionnel du malade, malgré un traitement spécifique intense et répété, et malgré que comme le disait PEHU, "le squelette du nourrisson présente une activité de croissance et un pouvoir plastique tels qu'il est susceptible de procéder à la réparation des lésions osseuses, si profondes soient-elles".

La sérologie de nos malades n'a pu être régulièrement suivie. En outre, il est certain que son avenir est variable et sans parallélisme avec celui des signes radio-cliniques. D'une façon générale, nous pouvons dire que si la négativation n'a pas été rapi-

de, elle ne s'est pas faite attendre un ou deux ans, éventualité admise par la plupart des auteurs, comme étant courante. Dans trois observations, la sérologie s'est négativée dès le cinquième mois du traitement.

Les accidents thérapeutiques, en particulier la réaction d'HERXHEIMER, semblent devenir rares, grâce à la posologie progressive de la pénicilline et à l'adjonction de la corticothérapie.

Il faut souligner, chez les nourrissons syphilitiques fragiles, les surinfections intercurrentes. A cet égard, rappelons la nécessité de joindre à la pénicilline, d'autres antibiotiques à plus large spectre, notamment chez les malades hospitalisés.

Au total, les observations que nous avons rapportées, illustrent les aspects actuels de la syphilis congénitale précoce dans les domaines étiologique, clinique et évolutif.

- La recrudescence de la syphilis congénitale depuis quelques années, est liée intimement à celle de la syphilis de l'adulte et à la carence des mesures préventives. Dix cas ont été hospitalisés et diagnostiqués, à Alger, de 1968 à 1970. Ce chiffre aurait été certainement plus élevé, si le dépistage était de rigueur.



En effet, sur les dix cas, la syphilis maternelle était ignorée neuf fois.

- Du point de vue clinique, la syphilis congénitale réapparaît sous toutes ses formes. L'atteinte polyviscérale paraît être moins rare qu'on le pense. Les formes localisées sont les plus nombreuses, posant souvent des problèmes de diagnostic. Parmi ces syphilis paucisymptomatiques, les atteintes osseuses sont les plus fréquentes, généralement d'un bon pronostic.

- Du point de vue évolutif, la syphilis congénitale, même dans ses formes localisées, se manifeste, dans notre pays, sous des aspects à pronostic plus ou moins fâcheux, malgré l'efficacité des moyens thérapeutiques.

- P R O P H Y L A X I E -

- - - - -

" La véritable thérapeutique de la syphilis du nouveau-né consiste à traiter la mère" (WEILL). Malheureusement, toutes les observations que nous avons rapportées, témoignant de la grande insuffisance des mesures préventives, dans notre pays. La recrudescence alarmante de la syphilis de l'adulte et son retentissement sur la syphilis congénitale doivent inciter, plus que jamais, les différents organismes de la Santé Publique, à reprendre, sur une grande échelle, la lutte contre la syphilis. Cette lutte prophylactique doit combattre l'extension des syphilis récentes d'une part, et dépister la syphilis maternelle d'autre part. Les moyens à appliquer, sont d'ordre médical et social. Certains moyens inexistantes jusqu'à présent en Algérie, nécessitent d'être adoptés; ceux qui le sont déjà, doivent être suivis avec rigueur.

I. LES PRINCIPES GENERAUX DE LUTTE CONTRE L'EXTENSION DE LA SYPHILIS

1 - Informar le public, par les différents moyens d'information, en attirant l'attention sur la recrudescence des

maladies vénériennes et sur la nécessité de consulter un centre spécialisé ou un médecin, à l'apparition de toute lésion génitale . Il convient aussi de faire prendre conscience au public du danger d'une syphilis non traitée au début, ou traitée incorrectement (application de pommades).

2 - Eduquer les médecins qui risquent de partager avec le public l'opinion que la syphilis avait régressé, et d'oublier les manifestations cliniques de la maladie. Il est souhaitable de poursuivre, en le renforçant davantage, l'effort qui est fait dans ce sens, par les publications dans des journaux médicaux, des conférences ou colloques avec les médecins praticiens.

De même qu'il est souhaitable que l'enseignement universitaire comporte un stage obligatoire de dermato-syphiligraphie, pour l'étudiant de médecine. Enfin, le certificat d'études spécialisées de dermato-vénérologie permettra de former un certain nombre de spécialistes dont l'utilité ne sera que très bénéfique.

3 - Renforcer la sécurité du public par:

- Le respect des dispositions légales vis-à-vis des maladies vénériennes

déclaration de tous les cas de syphilis, simple ou nominale, selon que le malade se soumet ou non au traitement.

- L'enquête épidémiologique, qui doit être faite dès que le diagnostic de syphilis est posé, soit par le médecin si possible, soit en faisant intervenir un dispensaire spécialisé ou une autorité sanitaire. Pour cela, il est nécessaire d'augmenter le nombre d'assistantes sociales, et d'instaurer des dispensaires anti-vénériens gratuits, dans les centres urbains.

Cela permettra, par ailleurs, une surveillance sérieuse de la prostitution, qui apparaît, sur le plan médical et épidémiologique, comme une mesure indispensable au moment de la recrudescence de la syphilis.

4 - Généraliser au maximum et dans la mesure du possible la pratique des réactions sérologiques, chez les consultants dans les hôpitaux et dispensaires, et malades hospitalisés. En France, des dispositions légales ont rendu obligatoires les examens sérologiques avant le mariage, pendant les grossesses, pour les travailleurs étrangers, pour les naturalisations, pour les nourrices et gardiennes d'enfants, pour les détenus, pour les donneurs de sang. La sécurité sociale a également institué des examens de

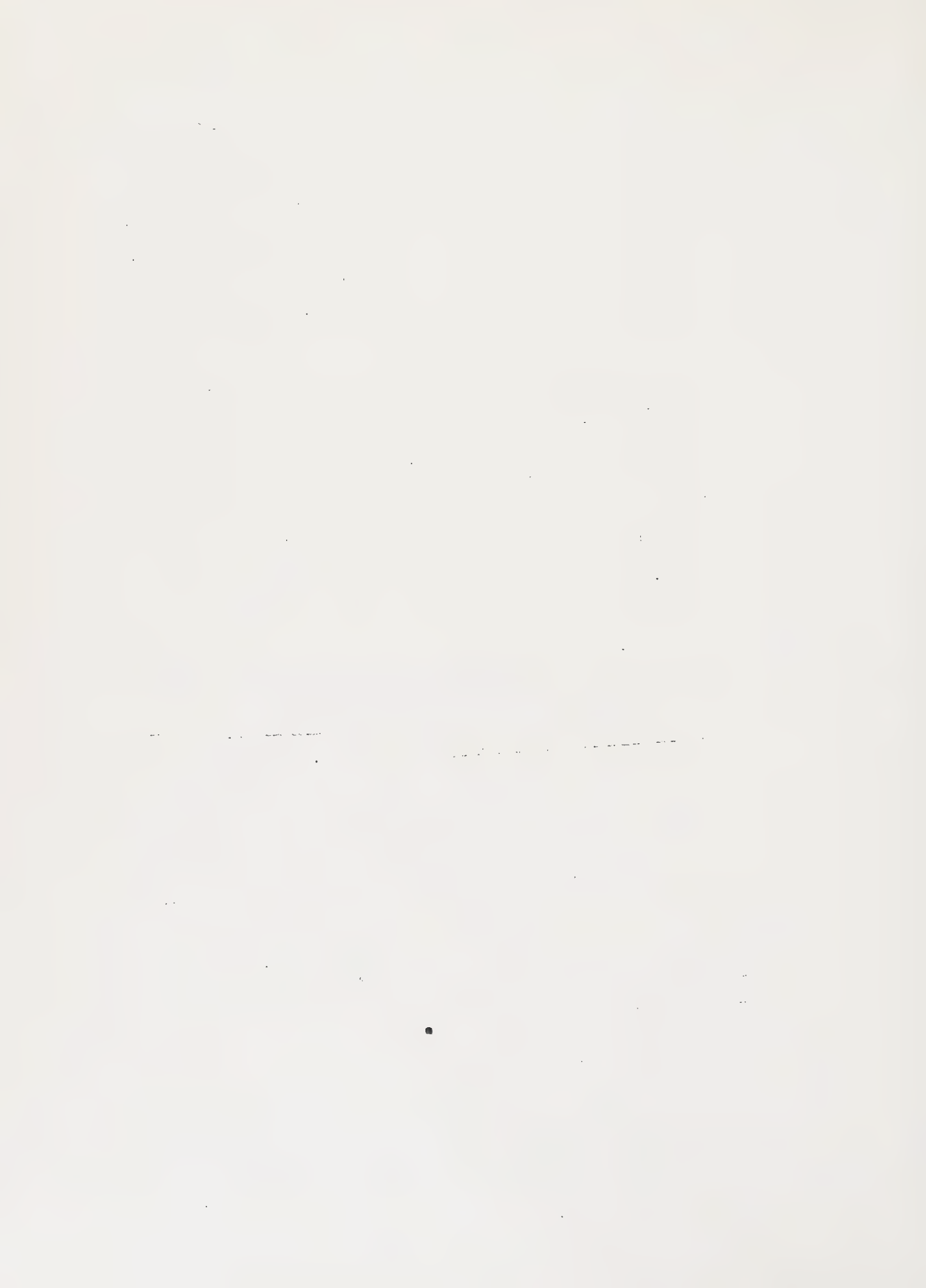
santé, avec recherche sérologique de la syphilis systématique, à partir de vingt ans. Nous pensons qu'en Algérie, certaines de ces mesures doivent être retenues, notamment l'examen prénuptial obligatoire et la surveillance sérologique de la grossesse.

5 - Traiter immédiatement toute syphilis récente, diagnostiquée. Ce traitement doit être obligatoire pour tout sujet porteur de lésions vénériennes contagieuses. Un refus du malade entraîne une déclaration nominale. Le traitement doit être suivi d'une surveillance clinique et sérologique régulière.

II - LA SURVEILLANCE MATERNELLE EN VUE DU DEPISTAGE DE LA SYPHILIS GRAVIDIQUE.

La prévention de la syphilis congénitale est basée sur le contrôle sérologique de la grossesse. Par conséquent, toutes les mesures à édicter, doivent viser cet objectif, avant, pendant et après la grossesse.

- 1 - Rappelons l'examen prénuptial qui doit être obligatoire, du moins dans les villes, où la syphilis est en train de sévir avec ampleur.
- 2 - Pendant la grossesse, comme nous l'avons signalé plus haut, le contrôle sérologique, s'il est unique, doit s'effectuer au cinquième



ou sixième mois. Il est préférable d'envisager deux enquêtes sérologiques, l'une au premier trimestre, l'autre au troisième trimestre de la grossesse.

L'expansion de cette mesure peut être réalisée grâce au concours précieux de la sécurité sociale et du corps médical hospitalier ou privé.

Pour combler encore plus les failles dans la surveillance sérologique de la grossesse, certains auteurs adoptent des attitudes préventives plus systématiques. Pour PAUPE : "quelques soient les circonstances qui amènent à traiter une femme en cours de grossesse, il est parfaitement indiqué d'instituer vers le quatrième mois une série de quinze à vingt millions d'unités de pénicilline, répartie sur deux à trois semaines". Pour DEGOS: "une cure de pénicilline au sixième mois de la grossesse, précédée par prudence d'une première cure au cours du troisième mois, semble donner une garantie totale pour l'enfant."

- 3 - Encourager les accouchements dans les maternités, où la pratique du B.W. systématique devrait être instituée dans les faits. L'étude sérologique du sang du cordon ou du sang de la mère à l'accouchement paraît souhaitable à la majorité des auteurs, pour ne pas méconnaître les contaminations tardives de la mère. Pour être plus efficace, BOISSIERE

préconise que la prophylaxie devrait comporter, en outre, une réaction sérologique dans le mois qui suit l'accouchement, car la sérologie de la mère se positive tardivement.

Nous exposons cet ensemble de mesures, non pas avec la prétention d'elles voir juguler la syphilis congénitale, mais avec l'espoir qu'elles combleront un certain nombre de lacunes et qu'elles empêcheront la propagation de la syphilis qui, délaissée à elle-même, risquerait alors d'en s'inscrire parmi les problèmes prioritaires de la Santé Publique.

- C O N C L U S I O N -
- - - - -

Après avoir incriminé abusivement la syphilis, le clinicien semble l'avoir oubliée. Cette attitude a favorisé, dans une certaine mesure, la recrudescence actuelle de la syphilis congénitale. En Algérie, elle est rep, avec une morbidité et sous des aspects plus inquiétants qu'à l'étranger, comme en font foi les cas observés à Alger et les publications étrangères. En Algérie, où la prophylaxie anti-vénérienne est presque nulle, certes, les syphilis localisées évoluent favorablement sont les plus fréquentes, mais les formes polyviscérales fatales ne sont pas rares. La multiplicité et le polymorphisme des manifestations cliniques de la syphilis congénitale retardent souvent le diagnostic. Des diverses localisations de l'affection, les atteintes cutanéo-muqueuses et particulièrement les lésions osseuses par leur fréquence et leurs aspects radiologiques caractéristiques, constituent des éléments d'orientation de valeur. La certitude du diagnostic ne peut être affirmée qu'à par la sérologie qui, parfois, peut poser des problèmes au praticien non averti. Les examens sérologiques doivent être répétés plusieurs fois, si besoin est. Actuellement, la réaction d'immuno-fluorescence semble être la

meilleur test, pour un diagnostic précoce et une surveillance précise de la maladie . Le traitement, à n'entreprendre qu'après un diagnostic certain, est simple et bien codifié. La pénicilline a prouvé, avec un recul de temps de plus d'une vingtaine d'années, son efficacité et son innocuité. Pour éviter d'éventuels accidents thérapeutiques, il est bien établi que la posologie de la pénicilline doit être faible et progressive durant les premiers jours du traitement, et que l'adjonction de corticoïdes à petites doses renforce davantage la sécurité du malade. Les résultats sont généralement appréciables dans les syphilis atténuées; ils sont moins bon dans les syphilis majeures.

La morbidité croissante de la syphilis, les manifestations graves qu'elle peut déterminer chez les enfants du premier âge, les résultats parfois médiocres du traitement justifient d'entreprendre une prophylaxie anti-vénérienne, dans notre pays. C'est sur une prophylaxie, échelonnée dans le temps et dans l'espace, que doivent converger les efforts des autorités sanitaires et du corps médical. La garantie du succès sur le plan médical et social ne peut et ne doit que hâter l'instauration de la prophylaxie anti-vénérienne.

- B I B L I O G R A P H I E -

- - - - -

- 1 - BETHENOD M., NEVELON J.L., BARTHELEMY E.
et PICAUD J.

Réflexions sur 8 cas de syphilis
congénitale. précoce des rvs récur-
rent.

J. Méd. Lyon 10 Nov. 1965

46. N° 1026 - 1703- 1757

- 2 - BOISSIERE H.

Syphilis congénitales. Tendances
actuelles

Concours Méd., 4 Nov. 1967 - 89

N° 44 - 7207 - 7213

- 3 - BOISSIERE H., CAGNAT R. et PRAUD E.

Syphilis osseuse congénitale pré-
coce

La Médecine Infantile N° 10 Dec. 1966

- 4 - BOLDJAF A., AIT-MOKHTAR M., M. BERRA-
MME BENDOUABALLAH, LECAMIELIER A. et

KATI E.

Lésions osseuses de la syphilis con-
génitale. A propos de 2 cas.

- 5 - CATHALA J. et LEPERCQ G.

Le problème de la syphilis

La revue du praticien - Tome III

N° 28 - 1er Nov. 1953

6 - CHARLAS J. et PAUPE J.

Aspects cliniques et radiologiques
de la syphilis congénitale.

La Médecine infantile. N° 4 -Av.1963

7 - COBLENTZ D.R., CIMINI R., MIKITY V.G.
et ROSEN R.

Diagnostic radiographique de la
syphilis congénitale du nouveau-né

J.A.M.A. 11 Mai 1970 - 212 N° 6 -
1061 - 1064

8 - COLOMB D., RACOUCHOT J. et PINCON J.A.

Découverte fortuite d'une syphilis
congénitale.

Bul. de Derm. et de syphil. 72 -
1965 ,page 793

9 - COMBE P.

Considérations modernes sur la syphi-
lis congénitale

Pédiatrie d'Algerie Médicale (Juin
Juillet 1949 - P. 181).

10 - COMBE P. et ALARY J.

Remarques à propos d'un cas de
syphilis congénitale précocce

Pédiatrie Juil. Août 1966 - 21
N° 5 - 603 - 604

11 - DALVET G.

L'aide de la sérologie et de l'im-
munologie au diagnostic de la syphi-
lis.

Revue du Praticien XIV-1964 11 Mai
N° 14

12 - DEGOS R.

Recrudescence de la syphilis et les
moyens médico-sociaux d'y parer
Revue du Praticien XIV - 1964 -
11 Mai N° 14

13 - DEGOS R.

Sérologie de la syphilis
Gazette Médicale de France
10 Déc. 1965

14 - DEGOS R. et LEPIRE J.

Traitement de la syphilis congénitale
Gazette Méd. de France . Bilan
thérap. 1951 - 56

15 - DERNHEIN M., BETHENOD M. et HERMIER M.

A propos de 4 cas de syphilis con-
génitale précoce récemment observés
Pédiatrie 1963 - 16 - 967

16 - DUPERRAT B.

Précis de Dermatologie
Syphilis congénitale page 1049

17 - NICOLAS J., GATE J. et CUIILLERE P.

Encyclopédie Médico-chirurgicale
syphilis congénitale. 3020 A 10 -
3022 A 10

18 - FABRY J.

La syphilis congénitale précoce
Etude clinique, biologique et épi-
démologique: A propos de 14 obser-
vations. Thèse Lyon 1969

19 - FRIBOURG -BLANC A et BOIS E.

Les possibilités actuelles du diagnostic sérologique de la syphilis congénitale.

Revue de Pédiatrie. Tom. III N° 2

Avril. Mai. Juin 1967

20 - HAMDANE M.

Contribution à l'étude de la syphilis congénitale précoce à Alger.

Thèse 1954 N° 12

21 - HARRIS W.D.M. et CAVE V.G.

Syphilis congénitale chez le nouveau-né . Diagnostic et traitement.

J.A.M.A., 20 Déc. 1965 - 194 - N° 12

1312 - 1313

22 - KHATI B., EGEE P., ROCHA E., BAKOURIS.,
ZIDANE S. et COURAY.

La syphilis congénitale précoce. A propos d'un cas.

Algérie Médicale Vol. V- 1968 N° 8.

23 - LABOUCHE F., NICOLAS J.J. et FRITZ A.

Reflexions à propos d'un cas de syphilis congénitale précoce

Press. Médicale 1964 . 72. 9.

24 - LELONG M., DERGUBAIX P., MERLE M.,
et MANCEAU G.

Syphilis latente chez un nouveau-né

Arch. Franc. Ped. Mai 26 N° 5 591

- 25 - LEREBOUTET J.
Avent propos
Revue du Praticien XIV-1964-11 Mai
N° 14.
- 26 - MANCIAUX M., VERT P., GURECKI H. et
GROUX C.
Une revenante : la syphilis congé-
niale
Ann.Mod.Nancy Mai 1966. 5. 443.447
- 27 - MARILL F.G. ISMAIL DAHLOUK M, et
HAMRA-KROUHA M.S.
Inquiétante augmentation actuelle
de la fréquence des contaminations
syphilitiques en Algérie.
Sec. de Méd. d'Alger. Séance du 7
Juin 1969.
- 28 - MARILL F.G. et HAMRA-KROUHA M.S.
Ostéite syphilitique, associant
ostéochondrite et périostite con-
densante chez un nouveau-né
Société de Pédiatrie. Séance
- 29 - MARTIN Cl.
Anémie aiguë syphilitique chez un
nouveau-né.
Arch. Franc. Pédiatrie 1966.22.141
- 30 - PAUPE J.
Le tréponème pâle. Rappel bactériolo-
gique.
La Médecine Infantile.N° 4.Avril 1963

- 31 - PAUPE J. et CHARLAS J.
Introduction. Recrudescence actuelle de la syphilis
Le M. l'Enf. Infantile N° 4 Avril 1963
- 32 - PAUPE J. et MICKEL Cl.
Aspects sérologiques de la syphilis congénitale
Le M. l'Enf. Infantile N° 4 Avril 1963
- 33 - PAUPE J. et CHARLAS J.
Traitement de la syphilis congénitale.
La Médecine Infantile N° 4 Avril 1963
- 34 - PERU M. et CHASSARD H.
Schéma nosologique des ostéopathies syphilitiques observées dans la première enfance.
Jour. Med. Franc. Nov. 1925. 427. 440
- 35 - PERU M., POLICARD A. et BROCHIER
Sur l'ostéochondrite syphilitique de fœtus
Le jour. de Méde. de Lyon N° 208
5 Sept. 1928 - 489 - 493
- 36 - PERU M. et POLICARD A.
Documents radiologiques et anatomiques sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance.
Le jour. de Méde. de Lyon N° 208
5 Sept 1928 - 495 - 517.

37 - PRINGUET R.

Interprétation des réactions séro-
logiques dans les syphilis congéni-
tales et maternelle.

Med. Inf. Mai 1968-75-N° 5 - 335-337

38 - ROBINSON R.C.V.

Syphilis congénitale

Arch. of Derm. Mai 1969-99-N°5 599-610

39 - SCOTTI A., LOGAN L. et CALOWELL J.G.

Le test des anticorps fluorescents
pour la syphilis congénitale: rapport
des progrès

J. of Ped., Dec.1969; 75.N°6.1129-1134

40 - SIMON C. et GERKEN H.

Prophylaxie de la syphilis congénitale

Munch Med. Wschr, 17 Sept 1965 - 107

N° 38 - 1813 - 1815

41 - SOCIETE FRANCAISE DE DERMATOLOGIE ET
DE SYPHILIGRAPHIE

Séances d'inauguration N° 13.14

et 15 Oct.1950.

Rapports Communication-Discus-
sion.

42 - THIVOLET J., BETHENOD M., LARBRE F.

et SEPETDJIAN

A propos de quelques cas récents de sy-
philis congénitale précoce observés
dans la région lyonnaise

Bull.Franc.Derma-Dyphili. 1964.71.249

43 - TOURAINE R.

Syphilis congénitale (syphilis pré-natale)

La revue de Pédiatrie. N° 6. Juin. Juil.
Août 1970

44 - TOURAINE R.

Syphilis congénitale

Bull. Derma et de syphili. 72. 1965. 489

45 - VAN REMOERSA F., TRANCHARD M. et FRISON B.

Deux nouveaux cas de syphilis congénitale précoce

Bull. Derma. Syphili. 72 - 1965. 818

46 - WEILL J.

Syphilis congénitale du premier âge

Revue Praticien. 11 Dec. 1958. 8. N° 12
3659 - 3668

47 - WHITAKER J.A., SARTAIN P. et SHANEEPY M.

Aspects hématologiques de la syphilis congénitale

J. of. Ped. Mars 1965. 56. N° 3 629-636

48 - WOODY N.C. , SISTRUNK W.F. et PLATOU R.V.

Syphilis congénitale: une nouvelle poussée.

J. of. Med., Janv. 1964 - 64 - N° 1
63 - 67.

